

**BOLETIN**  
**DEL**  
**INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO**  
**DE**  
**PROTECCION A LA INFANCIA**

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:  
Dr. ROBERTO BERRO  
Domicilio: Yf, 1486  
Jefe:  
Sr. EMILIO FOURNIE

**106**

Dirección y Oficinas del Instituto:  
18 DE JULIO Nº 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)  
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

LIBRARY  
ELIZABETH McCORMICK MEMORIAL FUND  
135 E. Ohio Street  
Chicago 11





**BOLETIN**  
DEL  
**INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO**  
DE  
**PROTECCION A LA INFANCIA**

---

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:  
Dr. ROBERTO BERRO  
Domicilio: Yf, 1486  
Jefe:  
Sr. EMILIO FOURNIE

**106**

Dirección y Oficinas del Instituto:  
18 DE JULIO Nº 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)  
Dirección telefónica: INAMPRI - MONTEVIDEO





# INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO

DE

## PROTECCION A LA INFANCIA

ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

### Consejo Directivo — Delegados oficiales

Argentina	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro
	" Gerardo Segura (resid. en Buenos Aires)
Bolivia	" Cecilio Abela (residente en La Paz)
	(1) (residente en Montevideo)
Brasil	Dr. Joaquim Martagão Gesteira (resid. en Río de Janeiro)
	" Walter Jobim (resid. en Montevideo)
Colombia	" Héctor Pedraza (residente en Bogotá)
	(1) (residente en Montevideo)
Costa Rica	Dr. Carlos Sáenz Herrera (residente en San José)
	Prof. Emilio Verdesio (residente en Montevideo)
Cuba	Dr. Félix Hurtado (residente en Habana)
	Dra. María L. Saldún de Rodríguez (resid. en Montevideo)
Chile	Dr. Guillermo Morales Beltrami (residente en Santiago)
	" Gaspar Mora Sotomayor (residente en Montevideo)
Ecuador	" Carlos Andrade Marín (residente en Quito)
	" Víctor Escardó y Anaya (residente en Montevideo)
El Salvador	" Marco Tulio Magaña (residente en San Salvador)
	" Walter Piaggio Garzón (residente en Montevideo)
Estados Unidos de América	Sra. Elisabeth Shirley Enochs (resid. en Washington)
Guatemala	Dr. Edward G. Trueblood (residente en Montevideo)
	Dr. Ernesto Cofiño (residente en Guatemala)
	(1) (residente en Montevideo)
Haití	Sr. Dantés P. Colimon (residente en Port-au-Prince)
	(1) (residente en Montevideo)
Honduras	Dr. Joaquín Romero Méndez (residente en Tegucigalpa)
	Sr. Juan H. Doregger (residente en Montevideo)
México	Srta. Francisca Acosta (residente en México)
	Sr. Pedro Cerisola (residente en Montevideo)
Nicaragua	Dr. Emilio Lacayo (residente en Managua)
	" Alfredo Ramón Guerra (residente en Montevideo)
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés (residente en Panamá)
	Sr. Germán A. Moreno (residente en Montevideo)
Paraguay	Dr. Ricardo Odrisola (residente en Asunción)
	" Fernando Abente Haedo (residente en Montevideo)
Perú	" Otto Fiek Campodónico (residente en Lima)
	" Manuel Villar (residente en Montevideo)
Dep. Dominicana	" Rafael Santoni Calero (residente en Ciudad Trujillo)
	Sr. Miguel Román Pérez (residente en Montevideo)
Uruguay	Dr. Julio A. Bauzá
Venezuela	" Ernesto Vizcarrondo (residente en Caracas)
	Sr. Melquíades Parra Márquez (residente en Montevideo)

Presidente: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Vicepresidente: Dr. Joaquim Martagão Gesteira.

Secretario: Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Director General: Dr. Roberto Berro.

(1) Vacante.





# BOLETIN

DEL  
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO  
DE  
PROTECCION A LA INFANCIA

## Sumario — Sommaire — Contents

### Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia — 1953

#### Becarios de la O.E.A.:

Higiene Mental. Algunos de sus aspectos en el Uruguay. Por Edgar Lizano Vargas (Costa Rica) .....	229
La asistencia sanitaria del niño en el Uruguay. Por Marco Tulio Magaña (El Salvador) .....	240
Protección materno-infantil y seguridad social. Algunas tendencias contemporáneas en América Latina. Por Ma- nuel A. Girón (Guatemala) .....	252
Organisation de l'enseignement primaire en Republique d'Haiti. Por Lisa Florez P. (Haití) .....	264
Abandono del menor. Por Francisco J. Blanco (Honduras)	279
Educación sanitaria del niño. Por Isis Porras (Nicaragua)	288

#### Becarios de las Naciones Unidas:

La prevención de faltas antisociales y un servicio moral tutelar y juvenil. Por José Castro Avila (Bolivia) .....	294
Protección integral de la familia. Por Carmen Rosa Hidal- go (Ecuador) .....	303
La asistencia - El servicio social y la trabajadora social. Por Catalina Esperanza Contreras (México) .....	308
El trabajo social en la lucha antituberculosa en el Uru- guay. Por Lilia Rojas Sucre (Panamá) .....	314

#### Becarios especiales:

Treatment of the juvenile delinquent in Montevideo, Uru- guay. Por Estelle F. Knox (Estados Unidos de América)	320
Comentarios sobre la natalidad de cada uno de los Depart- amentos de la República Oriental del Uruguay. Por María A. Cappeletti y Libindo Noble Abella (Uruguay) .....	328
Las consecuencias perjudiciales del trabajo profesional de las mujeres. Por Marco Redner (Uruguay) .....	347

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Designación de nuevos delegados. (Estados Unidos de América, Haití, Honduras y Panamá) .....	364
X Congreso Panamericano del Niño .....	366
Conferencias y Congresos: I Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría. Bogotá, Colombia. — IV Congreso Médico Femenino. Nueva York. Estados Unidos de América. — III Conferencia Latinoamericana de la Nutrición. Caracas, Venezuela. — V Congreso Internacional para los Proble- mas de la Construcción de Escuelas y Educación al Aire Libre. Basilea, Zürich, Zug, Leysin y Ginebra, Suiza ....	367
Libros y revistas: Quelques aspects de l'assistance familiale en Italie. Instituto Nacional de la Previsión Social. Roma. — As novas diretrizes da criminologia. Por Gilberto de Ma- cedo. — El niño diabético. Por María Luisa Saldún de Ro- dríguez. — Annuaire International de l'Education et de l'Enseignement. UNESCO. Bureau International d'Educa- tion. — Television and education in the United States. Por Charles A. Slepman. — Huaricolca. Por Marino Blan- cas Tumialán. — With focus on family living. Por Muriel W. Brown .....	374
Informaciones: Consejo Venezolano del Niño. — Ley N° 10.383 de Seguro Social Obligatorio de Chile. — II Reunión Anual de Neuropsiquiatría infantil en España. — Oficina Inter- nacional Católica de la Infancia. París. — V Festival de Cine Infantil. Venecia. ....	383



# BOLETIN

DEL  
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO  
DE  
PROTECCION A LA INFANCIA

---

## Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia - 1953

Continuando el desarrollo del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia — Proyecto 32 — según lo dicho en los NOTICIARIOS 83, 84 y 85 y BOLETIN Nº 105, del 13 de abril al 6 de junio pasados se realizó el Segundo Curso del Seminario, de acuerdo con el plan y programa aprobados por el Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de los Estados Americanos.

Al terminar la primera parte del Seminario, realizado en Montevideo, cada uno de los becarios entregó un trabajo escrito sobre un tema que en muchos casos fué señalado por las autoridades del respectivo país de donde venían los becarios. En el mismo acto fué entregado a los becarios un diploma acreditando la asistencia regular a clases y diversos actos, y un volumen "Resúmenes" con el resumen de las clases dictadas y de Recomendaciones aprobadas.

A continuación publicamos las referidas monografías, agrupadas según la procedencia de los becarios.

### BECARIOS DE LA O.E.A.

#### HIGIENE MENTAL

#### ALGUNOS DE SUS ASPECTOS EN EL URUGUAY

Por el doctor Edgar Lizano Vargas

(Costa Rica)

La salud mental ha sido motivo desde tiempo antiguo de interés especial en distintas corrientes filosóficas y religiosas, pero el movimiento científico pertenece al siglo XX. Comenzó en 1906, año en que Clifford Beers recuperado de una afección mental, inicia un movimiento en EE.UU., a favor de la preservación de la salud mental y funda el primer Comité Nacional de Higiene

ne Mental en 1909 en el Estado de Connecticut. El movimiento se extendió rápidamente en EE.UU., luego Canadá, y a distintos países europeos, posteriormente al mundo entero.

En 1922 se dieron los primeros pasos para la organización del primer Comité Internacional de Higiene Mental. En 1930 tuvo lugar en Washington el primer Congreso de Higiene Mental, el segundo en París en 1937, el tercero en Londres en 1948 y el cuarto en México en 1951.

Al comienzo, la higiene mental como actividad científica centró su atención en la prevención y tratamiento de la insania y la delincuencia. Posteriormente se encararon otros aspectos en relación con la educación, casamiento, organización de la familia, orientación profesional, trabajo, lucha contra los vicios sociales, etc.

En 1950, el Comité de Expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud celebró su segunda reunión en Ginebra. Las conclusiones de esta reunión son fundamentales para futuros planes sobre Higiene Mental. El Comité declaraba "que el principio único más importante a largo plazo para el futuro trabajo de la Organización Mundial de la Salud, es el fomento de la Salud Mental", en contraposición al tratamiento de las perturbaciones psíquicas ya evolucionadas.

**Definiciones:** Salud mental significa desde el punto de vista individual, una persona de inteligencia y afectividad normales, con buena adaptación al ambiente social, o en otras palabras poseedora de la capacidad de establecer relaciones armoniosas con otros seres humanos. Implica también la capacidad de satisfacer en forma equilibrada los impulsos instintivos, rechazando al mismo tiempo los factores perturbadores en el orden bio-social. En cuanto a la Higiene Mental, ésta se encarga de la prevención de las enfermedades mentales, individual y colectiva, y en general de todos los trastornos de comportamiento que acechan la normal integración de la personalidad humana.

En cuanto al niño se refiere, los alcances de la Higiene Mental no tienen límites, y el movimiento de Higiene Mental en salud pública debe considerar los problemas de la infancia como los más importantes desde que se refieren a la edad básica en la formación de la personalidad.

Los problemas son varios. En primer plano el problema de la oligofrenia infantil, que además de ser un problema individual y familiar, es también un problema de salubridad y economía social debido a su número (hasta el 4 % de la población infantil de los EE.UU. según Pintner).

La prevención de la oligofrenia infantil debe conceptuarse como una de las actividades más importantes en salud pública. La solución promueve infinidad de factores a estudiar tales como las



enfermedades genéticas del sistema nervioso, la higiene del embarazo, la prevención de la prematuridad y del traumatismo obstétrico, un programa para una esmerada y científica atención obstétrica, los cuidados del recién nacido, la prevención de enfermedades cerebrales infecciosas o traumáticas en el recién nacido y en el lactante, la prevención de la lues ingénita, la lucha contra el alcoholismo y las toxicomanías en general, etc.

Otro aspecto es la supervisión del desarrollo neuropsíquico infantil particularmente durante los tres primeros años a cargo de las llamadas clínicas de conducta. Esta actividad es de gran valor para la profilaxis de trastornos psíquicos y su atención en la etapa útil de corrección. Otra actividad importante en esta rama es la orientación materna sobre la educación del lactante y del preescolar con medidas oportunas para una saludable integración mental de los niños en los primeros años. Lo mismo que la orientación educacional en años posteriores bajo la dirección de psicopedagogos, y la orientación del púber y del adolescente en estos difíciles periodos de la vida.

En cuanto se refiere a la Higiene Mental en la escuela, los problemas a estudiar son variados, tales como: estudios de la inteligencia y personalidad del escolar, cambios psíquicos despertados en escolares por enfermedades o sucesos intra o extraescolares capaces de provocar desajuste escolar de magnitud variable, relación niño-maestro, los problemas del aprendizaje difícil, los métodos de enseñanza, selección de maestros y formación de los mismos con orientación psicopedagógica moderna, servicios de salud mental para escolares con la cooperación de maestros de enlace, etc.

Problemas de niños lisiados o con incapacidades sensoriales (sordomudos, sordos, ciegos, etc.).

Atención preventiva de desórdenes emocionales en escolares, tics nerviosos, crisis coléricas, tartamudez, etc.

Los problemas derivados de la desavenencia conyugal y del divorcio que gravan seriamente la salud mental de los hijos.

El trabajador de salud pública en higiene mental tiene así un importante papel en la formación mental del niño en el hogar, en la escuela, así como también en la orientación del adolescente de gran valor en lo que se refiere a la profilaxis de la delincuencia infantil.

Otro papel importantísimo de los trabajadores en higiene mental será la educación del público en los problemas concernientes a la salud mental de las masas con técnicas colectivas. Las medidas dirigidas a la población deben ser expresadas clara y gráficamente. Comprenderán conferencias, folletos, charlas por radio, etc. Deberán tratar sobre todos los grandes problemas sociales.

### Actividades sobre Higiene Mental en el Uruguay.

El Ministerio de Salud controla por medio de la Inspección General de Psicópatas, el funcionamiento de cinco policlínicas de Higiene Mental, cuatro de ellas funcionan en el Hospital Vilardebó de enfermos mentales, y la quinta, dedicada a Higiene Mental Infantil, en el hospital de niños Pereira Rossell.

El Consejo del Niño cuenta con un servicio llamado Clínica de Conducta que depende de Sanidad Escolar, que funciona desde el año 1945.

El Consejo de Instrucción Primaria hace el estudio de los escolares con problemas psicopedagógicos por intermedio de un Instituto donde son enviados los niños de las escuelas públicas para su estudio mental.

Finalmente la Clínica Médico Psicológica del Hospital de Niños Dr. Pedro Visca, funciona desde hace casi seis años, y desarrolla una intensa actividad asistencial, docente y también profiláctica, cuando esta última se plantea. Las dos primeras están ya organizadas, la tercera o sea la higiene mental, se encuentra en plena organización.

#### La Clínica de Conducta del Consejo del Niño.

Dicha Clínica cuyo director es el Dr. J. C. Chans Caviglia, atiende a los niños escolares que presentan como síntomas aparentes trastornos de la conducta, desadaptación o falta de orientación.

Dice el Dr. Chans Caviglia: "el niño es un ser en estado de continua evolución e integración de su personalidad y por lo tanto frente a los estímulos y solicitudes del medio social, el niño responde con una conducta que es sintomática y dependiente de varios factores, como por ejemplo, fase de maduración, tipo constitucional, capacidad, disposiciones, experiencias anteriores, afectividad y moralidad, todos ellos componentes de la personalidad y combinados en variadas formas dando distintos resultantes.

Es necesario, por consiguiente, el conocimiento de los valores biológicos del menor, características psicológicas, evolución, educación, medio ambiente social y moral en que vive, comportamiento y rendimiento escolar, a los fines de una orientación y terapéutica médica, psicológica, pedagógica, profesional y social adecuadas. Obtener una buena integración de la personalidad y la correspondiente integración de esta personalidad dentro del ambiente social, constituyen los fines de un servicio especializado de esta naturaleza, y contribuyen a lograr una perfecta adaptación.

El examen clínico es completado con los servicios de Sanidad Escolar. El Laboratorio de Psicología realiza los estudios pertinen-



tes sobre el nivel mental, aptitudes, afectividad y carácter. Se observa al menor en función del ambiente social en su totalidad, se solicita información a las escuelas sobre escolaridad y reacciones del niño, y a su vez se aconseja, orienta, y trata, y se sigue directamente en la Clínica, actuando sobre el niño y familiares o por medio de la Visitadora de la Escuela en el hogar.

La Clínica funciona desde el año 1945. Comenzó sus actividades con un número de 78 ingresados y de 154 consultas durante ese año, siendo en 1952 de 686 ingresos y de 1544 consultas. El total de fichados fué de 2370 y de consultas 5726 en el período 1945-1952.

**La Clínica Médico-Psicológica Infantil del Hospital Dr. Pedro Visca.**

Dicha Clínica funciona desde el mes de septiembre de 1947. Su director es el Profesor Dr. Julio R. Marcos.

#### **Finalidades:**

Su creación trata de satisfacer una necesidad imperiosa de la Pediatría: el estudio integral psicosomático de los niños enfermos encauzándolos en una adecuada orientación psicoterápica. Además, encara la supervisión del desarrollo psicológico normal de la infancia resolviendo los problemas que frecuentemente suelen desviarlo. Finalmente realiza la obra de enlace de las situaciones individuales con los Servicios Sociales del Estado o Privados. Estos problemas existen realmente y se plantean a diario en las Clínicas y Policlínicas hospitalarias.

Al respecto dice Mira y López (citado por el Dr. Marcos): "Una consideración superficial podría hacer creer que la patología mental es menos frecuente en la infancia que en la adultez. No obstante, si bien es cierto que las enfermedades mentales endógenas no se evidencian hasta la juventud, por regla general, también lo es que en las diversas fases de la niñez se observan con mucha frecuencia depresiones, epitimias y crisis de agitación psicomotriz, que, de observarse en el adulto alarmarían a los familiares y determinarían incluso la asistencia psiquiátrica, pero que ahora por la menor atención prestada pasan a engrosar la estadística psiquiátrica oficial". "En Norte América, por ejemplo, se calcula que un 3 % de los niños, requieren atención médica por defectos intelectuales y hasta un 10 % necesitan la corrección de defectos caracterológicos que, al no ser tratados en esa época, los conducirán a la delincuencia, al alcoholismo, a la enfermedad mental".

Continúa el Dr. Marcos: La patología mental integral del niño es de reciente historia. La psiquiatría clásica se dirigía casi exclu-

sivamente al período de la adolescencia y si se excluye el capítulo de la oligofrenia, que tiene una historia muy antigua, el resto de los problemas apenas si son señalados en tratados modernos muy importantes. Por su parte la Pediatría se desentendía de todos aquellos problemas que no tuvieran una base neurológica o somática firme.

### Material de Trabajo y Técnica.

El material de trabajo se ha ido completando paso a paso mediante esfuerzo privado y en la actualidad la exploración psicológica moderna en las distintas edades se realiza a entera satisfacción. La última adquisición es la sala de juegos que permite un "transfer" positivo con el examinador y da elementos importantes de estudio. Las corrientes psicoanalíticas consideran un material imprescindible el que proporciona el juego. En la actualidad se está organizando el método de la construcción de la Sra. Aberastury de Pichon Riviére; mediante su "constructor" obtiene importante material de estudio en muchas afecciones especialmente en la epilepsia y en el asma.

En la primera infancia el Profesor Marcos y colaboradores, emplean para el estudio del desarrollo las escalas de maduración de A. Gesell y K. Amatruda, y la vienesa de Ch. Bühler y H. Hetzer.

### Historia Clínica

La Clínica ha adoptado la siguiente historia clínica que se adapta bien al estudio de niños de segunda y tercera infancia. Aquí solamente serán enumerados los grandes capítulos:

#### Historia de la enfermedad.

- I A) Bagaje congénito.
- II A) Constelación familiar.  
B) Organización de la familia.
- III A) Atmósfera del Hogar.
- IV A) Historia del desarrollo.
- V B) Condiciones del Nacimiento.  
C) Infancia.
- VI A) Historia de los hábitos personales.
- VII A) Historia Educacional.
- VIII A) Desarrollo social.
- IX A) Rasgos de la personalidad.
- X Impresiones del Informante.
- XI Síntesis de la entrevista (probable sentido causal de estos datos en el problema).
- XII Nombre del informante. Relación con el sujeto.  
Firma del ayudante que hace la entrevista. Fecha.

### Exploración de la Inteligencia.

La medida de la inteligencia se realiza por medio de los tests Terman-Merrill, Yerkes y Ballard. En algunos casos el de Kohs. Se prefiere el Terman Merrill.

En síntesis, los tests que se usan en la clínica para el diagnóstico han sido: 1) Entrevistas personales. 2) Tests de inteligencia: Terman-Merrill, Yerkes, Ballard, Kohs. Inteligencia en el Rorschach y en el T.A.T. (Thematic Apperception Test de Murray). Aunque estos dos últimos no con la precisión de los primeros. 3) Tests de afectividad: Psicodiagnóstico de Rorschach, Thematic Apperception Test, Figura Humana de Goodenough, Test de Brown, Fábulas de Despert, Dibujos libres.

### Estudio de Enfermos.

La labor de la Clínica Médico-Psicológica Infantil comprende el estudio del niño, desde el nacimiento hasta la edad de la adolescencia inclusive. El estudio somático se completa con exámenes auxiliares médicos o quirúrgicos, se hacen estudios endocrinológicos cuando se requieren; los casos neurológicos, que constituyen la mayoría, se estudian con el auxilio del electroencefalograma, requisito de rutina, completándose con la encéfalo o ventriculografía cuando el caso lo requiere. Siempre que sea necesario el estudio se extiende a los padres.

Los motivos de la consulta en orden decreciente de frecuencia han sido: Epilepsia. Exploración de sector intelectual. Trastornos de la conducta. Menor rendimiento escolar. Retraso mental de distintos grados. Mongolismo. Trastornos del lenguaje. Enuresis. Desvanecimientos. Vértigos. Neurosis. Agitación psicomotriz. Exploración del desarrollo evolutivo. Corea. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Trastornos en la esfera sexual. Intento de suicidio. MixEDEMA. Sordomudez. Encoporesis. Histeria. Fotofobia. Sonambulismo. Hipertensión endocraneana en una niña que consultó por cefalea.

Se han estudiado detenidamente varios niños de la Escuela de Reeducación (para niños lisiados) Franklin D. Roosevelt en sus aspectos neurológicos y psíquicos.

Además de estas actividades, la Clínica hace labor docente en los cursos dependientes de la Facultad de Medicina, abordando temas de semiología psiquiátrica infantil. También la clínica lleva a cabo estudios de investigación, algunos de los cuales actualmente son: Asma infantil. Estudio psicossomático. Úlcera gastroduodenal en niños. Proseguir los estudios ya iniciados sobre aspectos psicológicos de epilepsia infantil. Aspectos psicológicos de la corea de Sydenham.



## La Obra Morquio.

### Naturaleza y Servicios que presta.

La Obra Morquio es una institución de carácter mixto, privada y oficial a la vez.

Se trata de una Institución dedicada a la educación de niños difíciles o anormales. Se han atendido niños desde dos años, y hasta 31 años. Fuera de esos casos límites que son excepcionales, predominan las edades de 5 a 6 años hasta 13-14 años, edad esta última que se ve sobrepasada en algunas situaciones especiales que así lo requieren.

Los tipos de niños con defecto que se tratan son: oligofrénicos, puros o simples, en general con cocientes de 0.50 arriba (aunque en buen número de 0.30 y 0.40), oligofrénicos con conducta difícil, quienes son los que más se benefician del internamiento total y un pequeño número de casos con carácter anormal como hecho único o predominante. Son esos niños los que plantean más serios problemas, pero en los cuales se han obtenido resultados en verdad brillantes.

Se han tomado y se toman niños anormales psíquicos con alteraciones a veces importantes de orden neurológico o motriz, haciéndose reeducación simultánea. Para ello se cuenta con médicos, kinesiólogos y medios técnicos en cierto grado.

En cuanto a los niños epilépticos, extrapiramidales u otros de carácter predominantemente médico, se han atendido algunos, siempre que sus síntomas no sean muy violentos, y que el cuidado y la convivencia sean posibles. Algunas veces, después de un período de prueba ha sido necesario renunciar a tenerlos, por insuficiencia de medios especializados, y de pabellones aislados y separables, imprescindibles para atender esos casos.

Actualmente se trata de ajustar la admisión a niños con un cociente mental superior a 0.50, con un sentido práctico, con el fin de lograr un mayor aprovechamiento de los medios con que se cuenta.

La asistencia especial que se aplica en esos niños es difícil y cara. De carácter muy complejo, y de acción integral, requiere para dar sus frutos, condiciones de: atención médica, quínica, lúdica, fonológica, manual y de artesanía, a la vez que instructiva, y ante todo la creación de hábitos de convivencia, cuidado e higiene personal, asociaciones sensitivo motrices primitivas necesarias para toda instrucción y actividad práctica. Todo ese conjunto de hábitos que se denomina "educación general". Para ello se necesita el internado o por lo menos el medio internado, maestros especializados que sólo pueden enseñar 10 o 12 niños cada uno, maestros de manualidades y talleres, foniatras, quinesiólogos, médicos

especialistas, maestros auxiliares para crear y tutelar aquella educación general, y hacer útil toda la parte del día del niño de actividad libre o espontánea: el descanso, el juego, la sociabilidad; personal de vigilancia y compañía experimentado y de confianza.

En casos de extrema dificultad, sólo se obtiene adaptación y progreso dedicando un maestro y una niñera especial para un niño.

La Obra Morquio ha estado trabajando durante cinco años (1948-1953). Se han estudiado 1200 niños, lo cual constituye un material estadístico de gran valor sobre tipos y grados de anomalías, etiología, problemas familiares y sociales. De ese número de niños citado 300 han recibido asistencia intensiva como internos o medio internos. Unos 100 se han asistido o se asisten con continuidad en la policlínica.

De los niños egresados del Instituto después de una permanencia más o menos prolongada y estudiándolos desde el punto de vista de la readaptación, se pueden hacer cuatro grupos: 1) Algunos casos, los más comunes, en que un oligofrénico educado y en posesión de una o varias manualidades o habilidades técnicas, vuelve a su ambiente e inicia su trabajo en forma casi normal. 2) Otros niños con graves alteraciones de conducta (además de su defecto intelectual), vuelven a su vida familiar sin provocar conflictos; otros asumen un trabajo responsable. 3) Otros niños han desarrollado una capacidad con preferencia a otras, como música, dibujo, mecánica, cuando mostraron verdadera vocación; o bien fueron entrenados y corregidos en alguna aptitud en defecto electivo, en casos de mutismo, tartamudez, insuficiencia motriz, timidez o abulia. 4) Algunos niños del grupo oligofrénico profundo, poco educables, (cocientes de menos de 0.50 y aun de 0.25 para abajo), realizaron también sorprendentes progresos, muy valiosos desde el punto de vista personal y familiar, aunque sean muy pequeños para su valoración social y económica. Se refiere a los niños que no caminaban, no hablaban y no podían convivir con otros, cuando se ha logrado que hable, que camine y que se haga sociable, no sólo el niño es más feliz, sino que la familia se rehace y conforta.

La Obra Morquio ha sido también Instituto Médico Pedagógico modelo, y como tal, ha llenado también la importante misión de formar personal técnico docente, secundario o de servicio especializado.

#### **Escuela Auxiliar para niños deficientes mentales.**

Dice su Directora, la joven y dinámica señora García Etche-goyen de Lorenzo: La Escuela Auxiliar fué creada para llenar las necesidades de una parte de nuestra población infantil en edad escolar, la del débil mental educable. En 1933, el profesor Emilio Verdesio, entonces miembro del Consejo Nacional de Enseñanza

Primaria y Normal, efectuó una estadística que acusó un 2 % de déficit en la población escolar.

### Selección del alumnado.

Los alumnos llegan de todas partes de la ciudad, algunos son enviados por médicos particulares que pesquisan el problema desde temprana edad, otros, luego de haber repetido varios años en las clases de escuela común.

Todos ellos antes de ser admitidos en la escuela, deben pasar por la clínica médico-psicológica de Sanidad Escolar, y, si están dentro del coeficiente exigido, son admitidos en la institución.

Son elegibles aquellos niños que debido a deficiencias de orden endógeno o exógeno presentan un desarrollo deficiente en su madurez mental. La Escuela Auxiliar acepta aquellos niños cuyo coeficiente intelectual está comprendido entre: 0.50-0.70, con un retardo mental mayor de tres años y una edad social que oscila entre 7 y 12 años. La edad de admisión es de 4 a 16 años.

**Organización:** La educación para niños retardados mentales, no difiere en sus fundamentos de la educación para cualquier grupo de niños. "Educación para vivir mejor, usar las capacidades y ser un miembro útil del grupo social". No importa el medio en que aplique, tanto en la escuela externa, como en el internado, el propósito es el mismo.

El alumnado de 162 niños cuyas edades actuales oscilan de 4 a 18 años, está dividido en la siguiente forma:

Grupo pre-adolescente — (aproximadamente 6 a 12 años de edad cronológica).

Grupo adolescente — (13 a 18 años de edad).

Clase para niños con lesiones cerebrales (edad cronológica variada).

Pre-adolescente A) Edad Mental por debajo de 6 años —clase pre-escolar.

B) Edad mental por encima de 6 años —clase primaria hasta los 9 años.

Adolescente.

A) Con una edad mental por debajo de 9 años.

B) Con una edad mental de 9 años o más.

Las clases funcionan con un número límite de 12 niños, el alumnado es seleccionado antes de su ingreso de acuerdo con sus edades mentales, sociales y educativas.



### Actividad.

Enseñanza de entrenamiento y adquisición de conocimientos intelectuales. La labor manual que ocupa un lugar preferente en las actividades de la escuela, aun se resiente por la falta de talleres, los cuales presentan uno de los aspectos más fundamentales de los fines socializadores de la misma. La instalación de estos talleres y el régimen de semi-internado comenzaron a ponerse en práctica a mediados de 1952.

### Asociación de padres.

Dicha asociación y los maestros se reúnen cada quince días. Los padres de los niños son unos verdaderos colaboradores de la escuela, pues se les ha enseñado que tener hijos oligofrénicos, en vez de ser un motivo de depresión, es más bien una fuente de fortaleza espiritual para hacer una pausa en el camino, meditar un poco, y tratar de vencer ese formidable obstáculo impuesto por la naturaleza.

---

Se ha hecho un breve resumen sobre las actividades de algunas instituciones que se dedican a la Higiene Mental en el Uruguay; como se puede apreciar, es alto el nivel alcanzado en esta actividad por esta culta República. Para terminar debemos rendir un tributo a los dirigentes de estas instituciones, quienes en su mayoría laboran en forma honoraria, y lo hacen con gran capacidad y dedicación y un admirable espíritu de sacrificio.

---

Ha sido un privilegio el haber asistido como becario por la OEA a este Segundo Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Pondremos especial empeño para que los conocimientos adquiridos sean de efectivo beneficio para la infancia de nuestra patria.

También ha sido un privilegio el haber estado cerca de hombres como el Dr. Roberto Berro, Director del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia; Dr. Víctor Escardó y Anaya, Secretario del Instituto y Director Ejecutivo del Seminario; Profesor Emilio Fournié, Jefe del Instituto. Todos ellos han dedicado su vida a la protección a la infancia. Son una inspiración para las generaciones presentes y futuras.

## BIBLIOGRAFIA

- Brito del Pino, Juan Carlos. Dr. — La obra Morquio, Naturaleza y Servicios que presta.
- Chans Caviglia, J. C. Dr. — Higiene Mental. Conferencia dictada en el Segundo Seminario de Trabajo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Montevideo, 1953.
- García Etchegoyen de Lorenzo, Eloisa, Profesora. — Escuela Auxiliar. Conferencia dictada en el Segundo Seminario de Trabajo, del IIAPI. Montevideo, 1953.
- Marcos, Julio R. Dr. — La Clínica Médico Psicológica Infantil del Hospital Pedro Visca. Montevideo, 1949.
- Marcos, Julio R. Dr. — Higiene Mental. Conferencia dictada en el Segundo Seminario de Trabajo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Montevideo, 1953.
- Pintner, Rudolf, Dr. — Manual de Psicología del Niño. Publicado por Carl Murchinson, Barcelona. Francisco Seix Editor, 1950. Capítulo XX.
- Flores de Pérez, Isabel, Dra. — Información oral sobre la Clínica Médico Psicológica Infantil del Hospital Dr. Pedro Visca. Montevideo, 1953.

## LA ASISTENCIA SANITARIA DEL NIÑO EN EL URUGUAY

Por el doctor Marco Tulio Magaña

(El Salvador)

### Introducción.

Si se analiza cuál es la asistencia sanitaria que se da al niño, fácilmente puede uno darse cuenta de que no es algo específico, dedicado al niño exclusivamente, porque toda acción sanitaria general ejerce su influencia sobre él. Una medida de saneamiento, como lo es por ejemplo la mejoría del agua potable de una comunidad o la mejoría sanitaria de la leche y comestibles o la buena disposición de excretas y basuras, hace sentir su influencia benéfica sobre la niñez.

Una definida lucha contra la Sífilis o contra la Tuberculosis hacen disminuir las cifras de morbilidad o mortalidad en la población infantil de la comunidad, a veces en mayor proporción que en otros grupos de edades. Al educar la población adulta sobre las ventajas de la vacunación contra la Difteria se han hecho caer las cifras de mortalidad por esta enfermedad en la niñez.

Por lo contrario, el olvido de que cualquier acción sobre una comunidad la gozan o la sufren los niños, ha hecho que ciertas medidas den efectos funestos sobre la niñez.

La acción sanitaria general lo es también para la niñez; sin embargo, hay un grupo de dichas acciones de carácter específico, dedicadas al beneficio del niño y a éstas va a referirse primordialmente este trabajo.



## Definiciones.

Para lograr una comprensión mejor necesitamos definir ante todo algunos términos como sigue: **Higiene**, la parte de las ciencias médicas cuyo objeto es dictar los preceptos tendientes a conservar la salud; y **sanidad o acción sanitaria**, el conjunto de disposiciones o sistemas que hacen cumplir los organismos de **Higiene Pública** encargados de conservar la salud. En virtud de que el concepto de salud se ha ampliado, de acuerdo con la definición dada por la O.M.S. Salud no es ya la mera ausencia de enfermedad, sino el estado de equilibrio perfecto entre el cuerpo somático, la mente y el ambiente que hace la felicidad del individuo y le permite dar óptimo rendimiento, nos encontramos con que la acción sanitaria puede ampliarse a lo infinito también, para poder mantener al individuo y en general a la comunidad en un estado perfecto de salud física, mental y ambiental. Asistencia sanitaria del niño será pues el conjunto de disposiciones o sistemas que le hagan mantener su salud física, mental y ambiental.

## El niño.

Ahora bien, el concepto del niño no debe ser individualista, puesto que él en sí no es un individuo. Morquio creó el concepto del binomio, formado por la unión íntima con su madre, binomio del que ya no se puede hablar porque la salud del niño no está ligada sólo a la salud de la madre, sino en general a la salud de la familia o en términos más amplios, a la salud de la comunidad. Muy higiénica puede ser la familia de un niño, pero si la comunidad donde tal familia viva no lo es, peligra la salud del niño y la de su familia a la vez. Por otra parte se ha dado en considerar la vida del hombre dividida en tres grandes edades: la niñez, la edad adulta y la vejez.

Adulto será el individuo que por su edad y por su preparación haya alcanzado las condiciones de poder producir; Niño, en cambio, se refiere a la parte de la vida durante la cual el individuo se está preparando para producir después. La Biología separa estas dos edades de acuerdo con la aparición en el niño de la facultad de procrear; pero sociológicamente no puede hacerse allí la separación, porque a menudo sucede que al niño biológico no se le puede dar una preparación suficiente y principia muy temprano a producir sin poder seguir preparándose, con lo cual deja entonces de ser un niño y entra de lleno al segundo período de la vida. La comunidad que tenga estos niños no será una comunidad desarrollada, pues sus hombres no son preparados o se preparan muy mal para producir, por lo cual no se ven adelantos en ella. Tal sucede en el área rural de muchos países, donde el niño

crece analfabeto, ignorante, no aprendiendo para vivir más que los procedimientos rústicos concernientes a la ejecución de sus trabajos.

En otras comunidades, en cambio, el niño llega a ser adulto biológicamente, pero se encuentra aún en estado de preparación, mientras no logre una educación profesional que le capacite mejor para la vida. Este individuo sigue siendo niño, por extensión, a pesar de su mayoría de edad. ¡Dichosos aquellos países cuyos hombres siguen siendo niños en este sentido, pues su preparación es superior a su cultura también!

Por lo visto, niño no es sólo un ser con vida intra-uterina o extra-uterina; niño es además un concepto potencial que rodea a todo individuo, masculino o femenino, en todas las edades de la vida. La naturaleza les encomendó a los individuos de la especie humana la misión de reproducirse y perpetuarse y ésta es quizá su misión primordial. Para poder cumplirla debería encontrarse en buenas condiciones y recordarla en todas las edades de la vida.

La niña que sufra una lesión del corazón, digamos por ejemplo, debido a que adquiriera el reumatismo, estará faltando a la misión antes indicada; no podrá cumplirla puesto que al hacerlo peligrará su vida: no podrá llenar las funciones de madre; y si llegara a serlo; lo probable es que haya que interrumpirle el embarazo, matando al producto de la concepción. La acción que hubiera podido evitarle a esta niña, si ello fuere posible, adquirir el reumatismo, habría sido una medida provechosa para sus futuros hijos, aun no existentes, sino potenciales. Vemos fácilmente que la protección a los niños puede hacerse, tanto hacia los ya existentes como a los potenciales también y quizá a éstos en mayor escala, con medidas de carácter físico, moral y social. Asegurar una familia mediante el matrimonio es asegurar asimismo el bienestar de los hijos que puedan resultar de esa unión, beneficiándoles así con una medida social y cuando están aún en estado potencial.

#### Protección al niño.

La protección a la salud (física, mental y social) del niño es una cosa muy compleja, para que sea completa. De allí que no sea posible que una institución sola pueda cumplirla en toda su extensión; deberá serle dada por una armónica organización de todas las fuerzas del Estado y de la Nación, incluyendo las privadas, canalizándolas todas en un sentido o tendencia única: el bienestar del niño y adaptándolas a la edad social que esté viviendo el País.

La dirección que ha de abarcar esa tendencia es lo difícil de lograr, especialmente en naciones de poco desarrollo y por eso,



de acuerdo con él, hay necesidad en ciertas épocas de la vida de los pueblos de formar institutos o dictar leyes específicas para el niño, que aunque lo individualicen logren su objetivo.

Gracias a esas acciones la atención al niño ha progresado mucho en aquellos países que se decidieron a ponerlas en práctica. Si bien Esparta se deshacía de los niños que corporalmente no fueran bellos, Francia, con su histórico torno, recogió a los niños abandonados, gracias a una sola persona: San Vicente de Paúl. El Uruguay de hoy, con su Consejo del Niño y su Código del Niño, no es el Uruguay de Larrañaga: pero los pueblos maduran socialmente y se ha llegado a comprender ahora el concepto que expresamos anteriormente, de que el niño no puede individualizarse, que debe vivir dentro de la comunidad y que la comunidad toda, al comprender los derechos del niño (real y potencial) debe asegurar su salud para él.

Organismos que desempeñaron anteriormente un papel de primera clase en ejecuciones específicas para la infancia han visto hoy reducida su significación y quién sabe si no lleguen a desaparecer. La Oficina del Niño de los Estados Unidos parece ser uno de estos ejemplos, que en el momento actual no tiene al parecer la capacidad tan grande de que otrora hizo gala, al cumplir la magna obra que le tocara desarrollar.

"UNICEF", la organización internacional pro-niño más nueva que existe, ha encaminado sus pasos hacia el desarrollo de programas no ya meramente del niño, sino en ocasiones generales, con alta incidencia sobre el niño. América recibe esa asistencia especialmente los países del trópico han sabido de ella en sus campañas contra vectores, por ejemplo, reduciendo la Malaria, el Tifus y otras enfermedades no específicas de la infancia, pero que favorecen al niño.

#### Asistencia sanitaria del niño.

La asistencia sanitaria, que a pesar de lo que se viene exponiendo es considerada aún hoy como especialmente dedicada a la protección de la salud física, cae dentro de los mismos cánones, pero no se realiza en forma específica para la niñez, sino que en una forma general para la comunidad.

Por constituir una parte de la Salud Pública debe ser desarrollada por las autoridades de ese Ramo, a la par de la acción curativa o muy relacionada con ella. Entre sus servicios técnicos, que variarán según los problemas de cada comunidad, debe haber uno, sí, dedicado al niño, que estudiando los alcances de las medidas sanitarias aplicadas a él canalice las acciones hacia su provecho, estudie sus necesidades y proponga las realizaciones más oportunas.

### La unidad sanitaria.

El brazo ejecutivo de la acción sanitaria es la Unidad Sanitaria. Recibe su nombre del hecho de que unifica la acción sanitaria a la comunidad. Básicamente debe tener como servicios indispensables: Saneamiento, Contralor de enfermedades transmisibles, Servicios especiales para el contralor de la salud del niño y desde que se estableció que hacer Sanidad es sinónimo de hacer Educación, debe agregarse un servicio de Educación Higiénica.

Hecho importante que debe ser señalado es que la Unidad Sanitaria no dedica su atención a personas sino a las familias y por todo caso personal que solicite sus servicios se atiende a la familia entera. Su acción se desarrolla protegiendo a las familias de la comunidad y el éxito consiste en hacer el contralor de la salud del mayor número de éstas. Fácil es imaginarse entonces que sus resultados se verán mejorados si ese contralor es prolongado y si hay estabilidad en la comunidad.

Si por lo contrario una comunidad no es estable y llegan a ella a menudo familias nuevas y al par que salen a menudo familias antiguas, el éxito de la Unidad Sanitaria se verá disminuído. En una comunidad grande donde una sola Unidad Sanitaria se vería en la imposibilidad física de atenderla por entero, deberán establecerse varias de ellas, dándole a cada una su sector de influencia, con la coordinación y uniformización de sus sistemas de trabajo correspondientes. De tal modo si una familia que vive en un sector dado cambia de domicilio, es atendida en su nuevo sector con los mismos sistemas que en el que vivía y la labor educativa será continuada uniformemente. Una población grande con un sector único atendido por una sola Unidad Sanitaria verá producirse los frutos de ésta en forma tan lenta que se convertirán en inapreciables, debido todo ello al continuo movimiento de entrada y salida de las familias a vivir en el referido sector o abandonarlo.

Así consideramos también las comunidades que sostienen servicios de diversa naturaleza, sin coordinación íntima entre sí: gastarán dobles esfuerzos y obtendrán poco rendimiento, debido especialmente a que muchas veces las acciones son antagónicas. Casos, por ejemplo, de sostener clínicas infantiles, clínicas escolares, clínicas de Tuberculosis, de Sífilis etc. separadas y sin coordinación ninguna.

### Personal.

El personal básico de una Unidad Sanitaria lo forman: Médicos, Enfermeras, Inspectores de Sanidad y Profesores Educadores de Salud Pública.

Los Médicos deben ser especializados. Por lo menos el Director de la Unidad Sanitaria debe ser graduado en Salud Pública. El personal Médico auxiliar debe ser también especializado, según las distintas ramas que atienda la Unidad y según las necesidades de cada localidad. El tamaño del sector de la comunidad que le toque atender determinará el número de médicos.

Las Enfermeras son pilares básicos de la Unidad Sanitaria. Se trata de las Enfermeras Sanitarias Visitadoras y no de las Auxiliares de Clínica. La Enfermera Sanitaria debe tener, además de su diploma regular de Enfermera, por lo menos un curso especial de Enfermería Sanitaria. Su papel principal es el de servir de medio de unión entre la familia y el Médico: en la Clínica y en el hogar. Son los ojos de la Unidad Sanitaria y sus brazos en el hogar y en la Clínica. Su función netamente de tipo médico hace que su papel no se confunda con el de la Trabajadora Social, como sucede a menudo en lugares donde se desconoce su función. La Enfermera es además una educadora de la familia sobre sus problemas de salud y prevención, por lo tanto necesita sólidos conocimientos de medicina, lo cual la hace diferenciarse de la Trabajadora Social. A veces le toca actuar en casos sociales o al menos descubre el caso social y lo pasa al servicio específico. Tal vez sea la Enfermera la que realice la unificación de trabajos de la Unidad Sanitaria, porque como todas las Clínicas de la Unidad envían su informe al Servicio de Enfermería y la Enfermera con todos esos informes visita a las familias, ve en el hogar una figura de conjunto y sus informes a las Clínicas son informes de conjunto. En el caso social está capacitada para dar a la Trabajadora Social una información oportuna sobre el curso de su caso.

Se considera como situación ideal el tener una Enfermera por cada 5.000 habitantes, distribuidas en el sector encomendado a la Unidad Sanitaria por secciones permanentes, para que se introduzcan en la familia como una consejera.

Los Inspectores de Sanidad desempeñan un papel similar al de la Enfermera Sanitaria, pero su función está dedicada al saneamiento del hogar y del vecindario. Se requiere una preparación previa para el desempeño de tales funciones y se necesita la asesoría de un Ingeniero Sanitario para cumplirlas satisfactoriamente, el cual puede formar parte del personal de la Unidad, según la importancia de ésta. Se considera como situación ideal la de tener un Inspector por cada 10 o 12 mil habitantes.

Los Educadores de Salud Pública son los encargados de divulgar en la comunidad los conocimientos necesarios sobre los problemas de la salud, para interesarla en su solución. Son poderosos auxiliares de la Unidad Sanitaria y a veces quienes abren el camino por donde han de pasar los otros trabajadores de Sanidad.



Son profesores graduados que han recibido cursos sobre Salud Pública y sobre procedimientos educativos especiales para diferentes núcleos de población, adultos o niños.

Otro miembro que debiera agregarse al personal de la Unidad Sanitaria y que sería de un provecho incalculable, es la Trabajadora Social, la cual ayudaría a resolver una serie de problemas sociales que se presentan con frecuencia a la Enfermera o a la Educadora de Salud Pública. No debe considerarse oportuno, sin embargo, que la Trabajadora Social sea exclusiva para la Unidad Sanitaria, siendo acaso preferible que sea miembro de un servicio social general dedicado a tratar los casos sociales de las familias de la Unidad Sanitaria.

#### Servicios especiales de la Unidad Sanitaria destinados al Niño.

Fueron señalados ya los servicios básicos que debe dar la Unidad Sanitaria, entre los cuales se mencionaron los dedicados al contralor de las enfermedades transmisibles y los correspondientes a la salud del niño. Los primeros varían según los problemas de salud de cada lugar: así, por ejemplo, El Salvador necesita un servicio para Malaria, que al Uruguay no le hace falta. El Uruguay necesita un servicio de Enfermedades Venéreas, inoficioso en la región Tarasca, en México (Dr. Pedro Daniel Martínez.) Los Estados Unidos necesitaron servicios especiales para Neumonía antes de los Antibióticos; hoy les salen sobrando.

Los servicios destinados al contralor de la salud del niño son, en cambio, indispensables en cualquier lugar del globo, y en todo tiempo. Para atender al niño según las diferentes edades estos servicios son esquemáticamente 3 clases: Pre-Natal, Infantil, Pre-Escolar y Escolar. El Servicio Pre-Natal comprende 2 clases de acciones, la que se hace antes de la concepción y la que se hace después de la concepción. La finalidad de la primera es evitar que las concepciones se verifiquen en mujeres no capacitadas para llevar a feliz término un embarazo. No debe confundirse el cuidado pre-concepcional con el simple examen o certificado pre-nupcial.

El examen pre-nupcial, que para ser efectivo debe ser opcional no obligatorio, es inútil en países en donde las uniones se verifican al margen del matrimonio, en una buena proporción de casos y utópico cuando entrañe una prohibición del matrimonio en un momento en que la pareja ya decidió realizarlo. El examen pre-nupcial respetado puede proteger tal vez al primer hijo; pero no a los siguientes. Lo que debe tratar de lograrse es el examen pre-concepcional, practicado cada vez que la pareja desee tener un hijo, a efecto de prepararla para que el embarazo no sea un accidente de la vida marital, sino un hecho preciosamente planeado.

El cuidado pre-natal o como se dijo, la Puericultura del em-

barazo, tiene por objeto hacer que la embarazada pase el período de la preñez con los menores riesgos para ella y para el fruto de la concepción, es decir, llevar el embarazo a feliz término. Se hace mediante exámenes periódicos en la Clínica y en el hogar, los cuales tienen por objeto:

- 1) Establecer el estado de normalidad o de anormalidad orgánico-funcional de la embarazada;

- 2) Establecer el estado de normalidad o anormalidad de la preñez;

- 3) Mantener durante el embarazo la normalidad en que la mujer se encuentre o hacer volver a ella los estados de anormalidad orgánico-funcional o darles un cuidado especial;

- 4) Establecer en cada embarazada en particular y en la comunidad en general, la educación necesaria sobre los cuidados del embarazo y el significado del nacimiento de un niño sano.

- 5) Al cuidado pre-natal se agrega también la función de velar por que los partos se verifiquen en la forma más apropiada, a fin de asegurar la vida y la salud de la madre y del niño.

La asistencia sanitaria del infante (de 0-1 año) y del párvulo o pre-escolar (de 1 a 6 años) se da también mediante exámenes periódicos en la Clínica y en el hogar los cuales tienen los siguientes objetos:

- 1) Establecer la normalidad o anormalidad orgánico-funcional del niño, de acuerdo con su edad.

- 2) Hacer que se mantenga esa normalidad o hacer que vuelva a ella el que tiene anormalidades o darle un servicio adecuado a su anormalidad.

- 3) Seguir el desarrollo normal del niño, mediante el control de su talla, del peso, de los segmentos corporales mesurables, de osificación, la dentición, el desarrollo motor, el desarrollo mental, el desarrollo psíquico, etc.

- 4) Establecer en el niño el mayor estado de inmunidad posible contra las enfermedades transmisibles, por medio de las vacunaciones.

- 5) Dirigir la alimentación y la crianza del infante.

- 6) Desarrollar o educar al niño basado sobre el establecimiento de hábitos higiénicos.

- 7) Educar a la familia acerca de la crianza del niño y su educación.

La asistencia sanitaria del escolar tiene los mismos propósitos que la asistencia al niño de menor edad, pero su cumplimiento presenta algunas dificultades. La población escolar comprende generalmente una buena proporción de la población general, a veces hasta el 25 % y el número de escolares es tan grande que se hace imposible, si no es mediante ciertos procedimientos, darle

una buena atención. Antiguamente se pretendía examinar en la escuela a todos los escolares y se les hacía un examen en el curso del año. Este sistema presentó varios inconvenientes:

1) Debido al limitado número de Médicos no se puede hacer ni siquiera ese único examen a todos los niños.

2) Si se limitan los exámenes sólo a unos grados los otros quedarán a descubierto.

3) Según el examen rutinario se atiende a muchos niños normales, que no lo necesitan, con la consiguiente e innecesaria pérdida de tiempo y de dinero.

4) Con exámenes de esta naturaleza no se llega a un diagnóstico serio, sino sólo a descubrir síntomas.

5) Es muy difícil seguir cada caso hasta llevarlo a la corrección del defecto encontrado, que es el verdadero fin con que deben practicarse los exámenes.

6) No se hace educación alguna del escolar y de su familia sobre el significado de la salud.

Actualmente se está extendiendo mucho el sistema conocido con el nombre de Plan Astor, que funciona muy bien con pequeñas modificaciones de adaptación para cada país. El plan es como sigue: se instruye a las Profesoras, para que mediante la observación diaria de los alumnos recojan datos de ciertos signos observables en los niños; periódicamente conferenciará la Enfermera con la Profesora sobre sus alumnos y analizará lo encontrado por ésta, seleccionando los niños que hayan de presentarse al Médico. Se cita a los padres de familia respectivos para que estén presentes a la hora del examen y en tal momento se dará a dicho padre y al Profesor un conocimiento exacto de la salud del niño, así como de los alcances de la anormalidad encontrada y de la manera de corregirla. La Enfermera Visitadora se dará cuenta de la evolución del caso mediante sus visitas al hogar, constatando si recibió o no la atención debida y si sigue en el hogar la acción educativa o pasa los aspectos sociales a la Trabajadora Social, a fin de llevarlo así a feliz término.

Agregando ciertas campañas generales, como las diversas Vacunaciones, por ejemplo, el servicio que se dé será completo.

### **La Asistencia Sanitaria del Niño en el Uruguay.**

Este capítulo debe referirse sólo a la asistencia sanitaria del Niño en Montevideo, porque del interior del País tenemos tan escasa información que no nos permite ni siquiera un comentario de la misma.

En Montevideo tal asistencia no tiene una dirección única definida, pues está encomendada a varios organismos: La parte curativa del niño internado en los hospitales y el saneamiento en



general, corresponden al Ministerio de Salud Pública, mientras que la Puericultura, a la par que la asistencia social y jurídica del niño en abandono moral y material, la hace el Consejo del Niño.

Montevideo cuenta con una moderna planta para el tratamiento del agua potable en Aguas Corrientes, equipada en forma de lo más avanzada y así, podemos asegurar sin exageración alguna que el agua de la Ciudad es potable, en el verdadero sentido sanitario de la palabra, es decir, segura para el consumo. La leche y los comestibles en general también ofrecen seguridad.

Existen numerosas clínicas destinadas al tratamiento de la Sífilis, pero no hay mucha facilidad para seguir los casos: de allí que sea casi el accidente primario el que se busca, tratando con descuido bastante grande la Sífilis tardía, que se hace necesario irla a buscar a domicilio.

La Tuberculosis, en cambio, es atendida en magnífica forma. Desde hace mucho tiempo se practica la vacunación con B.C.G. y los éxitos observados promueven una gran confianza en dichos programas de B.C.G. El aislamiento del Tuberculoso y el problema social originado por el mismo se resuelven muy bien, a base de la mejor manera de solucionarlo: la economía. Todo ésto es obra de una organización consagrada especialmente a tales problemas, "La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa".

La asistencia del parto podemos decir que es bien hecha. Los partos se verifican en hospitales gratuitos, hospitales privados y a domicilio, o por parteras tituladas. Existe pues la generalizada tendencia a que el parto se realice de preferencia en hospitales, aunque hemos de hacer una aclaración acerca del trabajo de las Parteras a domicilio, que éstas son profesionales, graduadas en Universidad, en donde se les exige el título de bachiller para poder realizar los estudios.

Existen organizaciones mutualistas en gran cantidad, formadas por: partidos políticos, organizaciones religiosas o colonias extranjeras, en las cuales se paga una pequeña cantidad mensual y se tiene derecho a servicios médicos, entre los cuales va incluida la asistencia del parto, en hospital.

Todos estos servicios enumerados han progresado en forma aislada, separadamente, sin que exista entre ellos la trabazón necesaria, lo cual los vuelve más caros, menos definidos y a veces contradictorios.

El Consejo del Niño consta de varias divisiones, de acuerdo con las edades de los niños. La pre-natal, la de primera infancia (hasta 2½ años), la segunda infancia y la escolar. El cuidado pre-natal o Puericultura del embarazo, como le llamó en el Seminario un Profesor y la Puericultura verdadera, se hacen en las "gotas de leche". La gota de leche es un consultorio en donde se

atienden consultas médicas gratuitas, por enfermedad, a niños que se presentan sin discriminación del estado económico o lugar en donde viven. El Uruguay se siente muy orgulloso y satisfecho de que todos sus servicios sean gratuitos y una de las cosas más gratuitas que tiene es la asistencia médica. A las gotas de leche llegan niños en cantidad abrumadora, siendo a veces imposible para el Médico darle a cada caso el tiempo indispensable a una buena consulta.

Las gotas de leche no cuentan con Enfermeras Visitadoras. De allí que no se haga la educación médico-sanitaria en la Clínica y menos aún en el hogar. La Enfermera Visitadora ha sido substituída por la Trabajadora Social, por lo que se da el caso de que sean Trabajadoras Sociales las que ayudan al Médico en la Clínica y le preparan las consultas. Del cuidado pre-natal puede decirse cosa parecida: se da en hospitales, en policlínicas y en las "gotas de leche". Los cuidados que se prestan son eminentemente médicos, sin ese carácter educativo-sanitario que debiera serles indispensable. No se visita a las embarazadas a domicilio, sino que se envían Trabajadoras Sociales, en casos determinados. Las embarazadas se presentan a consulta en cualquier "gota de leche", pudiendo hacerlo unas veces a una y otras veces a otra en el curso del mismo embarazo. Aquí también la Enfermera Sanitaria ha sido reemplazada por la Trabajadora Social. Durante el Seminario varios Profesores manifestaron repetidas veces la insatisfacción que sienten por el cuidado pre-natal. En la clase sobre mortalidad peri-natal la afirmó el Prof. Bauzá.

Hay discontinuidad entre la acción pre-natal y la de Puericultura como existe falta de necesaria relación entre las distintas "gotas de leche".

Las Divisiones de Primera y de Segunda Infancia del Consejo del Niño, fuera de lo ya descrito, dedican su atención a la asistencia social y jurídica del Niño en situación anormal y es reconocido que los progresos alcanzados en este campo son eminentemente ostensibles y de gran altura. La protección jurídica a la familia es asimismo muy buena y el reconocimiento de la paternidad se obtiene de manera científica y apropiada, con lo que se consigue fácilmente la protección al niño nacido o aun solamente engendrado, aunque no existan aún leyes fáciles que pudieran llamarse preventivas, es decir, capaces de darle protección a la mujer antes de la existencia del fruto de sus amores. En cuanto al problema del aborto no puede precisarse su cuantía en cifras aceptables, pero por las complicaciones observadas en los hospitales se considera que es grande.

Digna de especial mención es la idea de la organización de la Universidad del Trabajo para Adolescentes, porque con eso se

ha logrado elevar la artesanía, subiéndola a la categoría de verdadera profesión.

La División Escolar del Consejo del Niño tiene por función la de velar por la salud de los escolares, descubriéndoles en sus casos las desviaciones de esa salud que en lenguaje sanitario se denominan defectos. En los exámenes practicados por ella basan las Autoridades de Educación Física sus clasificaciones para aplicar los programas respectivos. La División Escolar usa para su trabajo el sistema que también en el Uruguay resulta imposible y por el cual se procura un examen de salud a todos los escolares. En vista de la magnitud de tal trabajo, se trata de limitarlo a los exámenes del primero y último grados. Sin embargo, no se ha logrado hacerlo completamente ni aun en ellos.

La capacidad física de lograr esos exámenes en la cantidad deseada hace también que sean en cierta forma únicamente teóricas las ideas sostenidas sobre el desarrollo de las Autoridades de Educación Física.

#### Unidades sanitarias de Uruguay.

En el Uruguay existe un pequeño número de unidades sanitarias bien organizadas, a juzgar por la del Cerrito, única existente en Montevideo. No fuémos posible visitar las demás unidades que trabajan en campaña, nombre dado en el Uruguay al resto del país que no es la ciudad de Montevideo. La U.S. del Cerrito tiene un personal apropiado, aunque escaso en Inspectores.

Aquí se trabaja con Enfermeras Visitadoras en vez de Trabajadoras Sociales. Lástima grande que sea tan sólo una Unidad la existente en Montevideo, con su población de un millón de habitantes, pues aunque se le haya asignado un sector determinado de la población, sucede que son numerosas las familias que viven allí y que frecuentemente se mudan hacia otros sectores, así como nuevas familias llegan a vivir al sector, haciendo de este modo que el rendimiento de la Unidad sea necesariamente muy lento en la comunidad.

Fuera de desearse y es lo recomendable a nuestro juicio, que todas las "gotas de leche" y Centros Materno-Infantiles del Consejo del Niño se transformaran en verdaderas Unidades Sanitarias y se pusieran como la del Cerrito bajo la autoridad del Ministerio de Salud Pública, lo más razonable al parecer, para armonizar y coordinar sus servicios; y que el Consejo del Niño mantenga únicamente su labor de protección social y jurídica de los niños, tan bien desarrollada por él y que tan provechosos frutos ha rendido, a no dudarlo.

---



## PROTECCION MATERNO-INFANTIL Y SEGURIDAD SOCIAL

### ALGUNAS TENDENCIAS CONTEMPORANEAS EN LA AMERICA LATINA

Por el doctor Manuel A. Girón  
(Guatemala)

#### I. — INTRODUCCION:

La evolución de los principios y bases doctrinarias de la protección a la madre y al niño por una parte y de los seguros sociales por otra, ha traído como una consecuencia de actualidad, el que la dinámica de la protección materno-infantil, tome dentro de los seguros sociales características propias que van asumiendo las formas de tendencias, las cuales serán expuestas en este trabajo. La exposición que haremos, se limitará a algunos aspectos sobresalientes en varios países de la América Latina; consecuentemente, no pretende ser ni exhaustiva, ni podría llamarse completa en cuanto al análisis de todo lo que existe en la América Latina. Realmente este trabajo tan sólo pretende aprovechar los progresos hechos en algunos países de nuestra América en el campo de la Seguridad Social, para lograr una exposición somera de lo que son y significan las concepciones actuales de seguridad social y de protección a la madre y al niño. Es para nosotros un orgullo que tal objetivo pueda ser logrado, mediante la revisión de algunos de los regímenes de seguridad social de la América Latina, o bien de algunos programas o proyectos de legislación que han llegado hasta nosotros, de países también Latino-Americanos.

En lo concerniente a la seguridad social, podemos decir lo siguiente: los seguros sociales clásicos, inspirados en sus antecesores, los seguros privados, han evolucionado o tienden a evolucionar de la protección clasista a la clase obrera, a la protección universal a toda la comunidad. Es a estos seguros de tipo nacional o universal a los que tiende a aplicarse el nombre de regímenes de seguridad social. La obligatoriedad y la contribución tripartita de trabajadores, patronos y Estado, continúan siendo características de estos regímenes. Algunos autores, han hecho ver con debida oportunidad, que las características de la seguridad social tal como se concibe actualmente, están identificando tal seguridad social con la asistencia social; proviniendo la seguridad social universal de los seguros privados en su remota ascendencia, y la asistencia social de la caridad y beneficencia públi-

ca, parece que estas bases financieras en el primer caso y espirituales en el segundo, han sido el origen de un desarrollo convergente que terminará por fusionarse en un solo sistema, que ocupa el vértice (pirámide teórica en la cual las bases son respectivamente el seguro privado y la caridad) de tal crecimiento, identificándose con lo que conceptuamos como seguridad social en nuestros días. Ventajas de tal desarrollo son el que los servicios asistenciales de contenido principalmente espiritual se robustecen con la técnica que domina todos los campos de acción contemporáneos y que a su vez, la técnica de los sistemas de seguros sociales se robustece con el contenido de abolengo espiritual de los sistemas asistenciales. La cúspide filosófica de toda esta fenomenología evolutiva, es el logro de una asistencia social técnica, mediante el aprovechamiento máximo de la solidaridad humana.

En lo concerniente a la protección materno-infantil, debemos seguir su evolución a lo largo de las siguientes etapas: inicialmente se le dió a la madre y al niño una asistencia social desarticulada e incompleta; luego y ya en el presente siglo fué surgiendo el concepto de la unidad inquebrantable entre la madre y el niño. Este concepto, usualmente denominado el binomio madre y niño, tuvo un afirmador reconocido como el pionero de la protección de la infancia en América Latina —me refiero al Dr. Luis Morquio. Pero este progreso, si bien substancial dentro de la protección materno-infantil, no era suficiente; en los últimos años, el concepto de la protección familiar ha ido superando al de protección materno-infantil, siendo los doctores Berro y Escardó y Anaya, ambos uruguayos, quienes se han preocupado porque se difunda esta nueva etapa de la protección materno-infantil en Latino-América. Después de la segunda guerra mundial, los conceptos médicosociales tienden a ir por intermedio del individuo o de la familia, a la sociedad o comunidad, protegida como un solo cuerpo; tal fenómeno que estamos viviendo, nos muestra una nueva etapa en el desarrollo de la protección materno-infantil, que tiende a hacerse colectiva, buscando los Estados una protección integral de sus comunidades, mediante realizaciones legislativas y objetivas que tratan de alcanzar tal meta. Actualmente la protección de la infancia puede llamarse integral, iniciándose en la fase preconcepcional de nuestra existencia por medio de toda una ideología y legislación eugenésicas, que varían en sus alcances según los países, se continúa con las siguientes fases: prenatal, natal, postnatal, infantil, escolar, puberal y de la adolescencia. Todas estas fases tienden a proyectarse en la comunidad entera, significando su realización una serie de organizaciones complejas que se observan en las instituciones de Sanidad Pública, Asistencia Social,

Seguro Social, e iniciativa privada de los diferentes países Latino-americanos.

Además de ser integral, la protección materno-infantil, es en nuestro siglo primordialmente preventiva, desplazando poco a poco la prioridad curativa de la mentalidad del pueblo; claro está que este proceso es prolongado, pero indudablemente, a la larga da mayores rendimientos en cuanto a la protección de la salud de las comunidades.

Otra de las características de la protección materno-infantil actual es el énfasis que se pone en la protección económica de los hogares y del pueblo en general. Al respecto, debemos mencionar la tendencia a mejorar los salarios de los trabajadores, los programas de mejoramiento de la vivienda popular, las asignaciones pecuniarias a la familia, los descansos a la madre trabajadora antes y después del parto, y otras medidas de este tipo.

La rehabilitación también está apareciendo en el concepto de protección materno-infantil; esta rehabilitación puede ser médica como en el caso de niños lisiados, prematuros o malformados, o bien de tipo económico-social, como sucede con los trabajadores sin empleo a quienes los protegen algunas legislaciones de seguridad social y por medio de servicios sociales especializados se trata de reinstalarlos en el trabajo lo más pronto posible. La protección contra los accidentes de trabajo y la tuberculosis tienen algunos aspectos ejemplares de programas de rehabilitación, que protegen a los padres, buscando como objetivo principal la protección de la familia y preferencialmente de los hijos.

Dentro de las tendencias anteriormente citadas el Servicio Social ha surgido como un auxiliar indispensable para una buena protección materno-infantil, siendo actualmente asistentes sociales, médicos y maestros, profesionales indispensables para resolver los problemas de la infancia. El auge del Servicio Social, nuevo medio para resolver los problemas sociales de la infancia, viene a ser consecuentemente otra tendencia contemporánea de la protección materno-infantil.

Dichos los anteriores conceptos introductorios en cuanto a la evolución de los principios y bases de la seguridad social y la protección materno-infantil, pasamos a puntualizar características de varios países Latino-Americanos en la protección materno-infantil y la seguridad social. Tal puntualización como dijimos ab-initio se limitará a algunos países que constituyen buenos ejemplos, a saber: Guatemala, Uruguay y Chile.

## II. — PROTECCION MATERNO-INFANTIL Y SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA.

Se ha tomado a Guatemala como un país ejemplar en relación con el asunto que estamos tratando, debido a que presenta



características que lo ameritan, a saber: 1º Hace 10 años Guatemala aun no tenía sino pocas realizaciones en el campo de la protección Materno-Infantil; 2º Actualmente existe una tendencia clara a darle prioridad en los programas de bienestar social a la protección de la infancia y dicha tendencia se hace notar especialmente dentro del regimen de Seguridad Social Guatemalteco.

Ampliando los anteriores conceptos diremos lo siguiente: 1º Hace 10 años en Guatemala la asistencia Materno-Infantil desde el punto de vista Médico-Social era escasa y desarticulada; vale el decir, incipiente. La protección a la madre, muy rudimentaria, sólo se manifestaba en cuanto a la existencia de Guarderías infantiles llamadas Casas del Niño, bien instaladas, debidas a la iniciativa privada, y que permitían a muchas madres resolver el problema de su trabajo, dejando a sus hijos durante el día en estos centros. En cuanto al niño, había protección para el huérfano y el lisiado en centros especiales para tal fin, los cuales existían desde hace muchos lustros. El analfabetismo, aun actualmente en Guatemala es de 72 %, lo que indica la insuficiencia de los programas educacionales para satisfacer las necesidades de la población. Los hospitales de niños y maternidades, incluidos en Hospitales generales, aun no se han desarrollado plenamente y finalmente, la Sanidad Pública, aunque ambiciosa en su legislación "Código de Sanidad", que contempla una asistencia integral a la madre y el niño, realmente, en cuanto a realizaciones, solamente hacía un Servicio Médico Social para los escolares.

En los últimos 10 años se han realizado algunas obras de importancia, tales el establecimiento de comedores infantiles para los escolares pobres en casi toda la República; la creación de la Sanidad Municipal que tiene una sección de trabajo materno-infantil, la cual presta cuidados prenatales y a los niños de 1 a 6 años, completando así el servicio médico escolar ya existente; la evidente mejora de las maternidades y centros de asistencia hospitalaria para niños y la preocupación nacional de la lucha contra el analfabetismo. Además, debemos agregar que ciertos ramos asistenciales tales como sordomudez, ceguera, mendicidad, etc., están recibiendo una atención especial tanto del Estado, como de la sociedad en general. Por otra parte, el Código de Trabajo da a las mujeres derecho a descanso remunerado 30 días antes y 45 días después del parto; garantía de poder lactar a sus hijos durante el trabajo en guarderías anexas a las fábricas; garantías en cuanto a jornadas de trabajo de 8 horas y exclusión de los trabajos pesados, especialmente durante el embarazo; salarios mínimos y en caso de enfermedad durante el embarazo, pago del salario mientras dura la enfermedad.

2º El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, creado en

1946, es obligatorio y universal e incluye entre sus prestaciones la protección a la madre y al niño. La protección materno-infantil del Instituto puede resumirse en los siguientes conceptos: 1º Trata de proteger al niño integralmente, durante las fases de su evolución biológica, desde que existe la posibilidad de que sea engendrado hasta la edad escolar. Tal protección integral se hace por fases, a saber: protección pre-concepcional, prenatal, natal, postnatal e infantil. La protección pre-concepcional se logra mediante los exámenes de salud a los trabajadores de ambos sexos, teniendo estos exámenes un fin más pre-concepcional que pre-nupcial, debido a que en Guatemala es muy frecuente la unión de hecho y sin matrimonio previo. Estas uniones están consagradas por la ley llamada "del Matrimonio de Hecho", que las equipara a los matrimonios formales. En esta forma el Instituto, en la protección pre-concepcional, ha tomado en cuenta la realidad del país, en la cual el control de salud puramente pre-nupcial es inoperante. La protección pre-natal y natal se hace conforme a las normas clásicas, incluyendo la protección natal la atención del parto a domicilio y la atención en maternidades. La protección médico-social postnatal, protege a la madre 6 meses después del parto y al niño 2 años después del parto, incluyendo esta protección el subsidio dietético en leche. La protección médico-social infantil se extiende hasta los 6 años de edad; después, los servicios médico-escolares se hacen cargo del niño. Toda esta protección es primordialmente preventiva, aunque incluye aspectos rehabilitativos, tales como la protección de los niños con deformidades congénitas y el especial énfasis que se da a la protección de los prematuros. En las madres en que el hecho de la maternidad signifique como consecuencia una incapacidad prolongada para el trabajo, el Instituto las protege hasta su total rehabilitación.

El propio Instituto se ha preocupado de patrocinar la Escuela de Servicio Social de Guatemala, siendo uno de sus objetivos el lograr personal calificado para el mejor otorgamiento de los beneficios de la protección materno-infantil, tanto médicos como en dinero.

En cuanto a los beneficios en dinero, podemos resumir lo esencial en los siguientes puntos: Se paga 50 % del salario cuando se trata de suspensión del trabajo por el tratamiento de enfermedades pre-concepcionales; se paga 100 % del salario cuando se trata de enfermedades prenatales o del descanso que concede el Código laboral de Guatemala durante los 30 días antes y los 45 días después del parto; se paga el 50 % del salario cuando se trata del aborto. Se pagan gastos de entierro en caso de la muerte de la madre o del niño; se protege la orfandad y a los dependientes económicos de la madre, cuando ésta muere debido a complicaciones de la maternidad.

En todos aquellos aspectos de la protección materno-infantil que pertenecen a otras instituciones, el Instituto coordina sus actividades con dichas instituciones por intermedio de su Servicio Social. Esta coordinación se hace primordialmente con la Salubridad Pública en varias de sus dependencias, los hospitales públicos o privados, instituciones asistenciales no hospitalarias que se dedican a la protección materno-infantil, como las guarderías infantiles, el Consejo de Lucha contra la Tuberculosis, etc.; finalmente con la Inspección General de Trabajo en lo que se refiere a velar por el cumplimiento de las disposiciones del Código Laboral que protegen a la madre y al niño.

El financiamiento de la protección materno-infantil en el régimen de Seguridad Social de Guatemala, se hace como sigue: los patronos pagan el 2 % del total de salarios que pagan a sus trabajadores; el Estado el 1 % y los trabajadores el 1 % del total de salarios a que se refiere el párrafo anterior, es decir que en total la protección materno-infantil significa un costo del 4 %, sobre el total representativo de los salarios.

En la Junta Directiva del Instituto figuran: un representante de los trabajadores, un representante patronal, un representante del Presidente de la República que es el presidente de la Junta, un representante de la Universidad, un representante del Colegio Médico y un representante de la Junta Monetaria y Bancaria.

Dos hechos queremos hacer resaltar en relación con Guatemala y la protección materno-infantil en su régimen de seguridad social: 1º que encontramos una protección materno-infantil concebida dentro de las tendencias contemporáneas de la seguridad social y de la protección materno-infantil propiamente dicha; 2º que encontramos un medio favorable para desarrollar los programas de protección materno-infantil en el régimen de seguridad social de Guatemala, debido a que el país cuenta aún con pocas realizaciones objetivas en la protección a la madre y al niño; esto último permite iniciar un programa integral sin enfrentarse al tradicionalismo y a la realidad de organizaciones ya existentes. Como contrapartida a estas ventajas, Guatemala tiene que enfrentar su régimen de seguridad social en el campo materno-infantil a problemas tremendos como la alta mortalidad infantil (113,4 por mil), la alimentación deficiente, la morbilidad variada y abundante y finalmente el analfabetismo que dificulta la ejecución de programas educativos médico-sociales y sanitarios. No obstante, el país está tratando de afianzarse para enfrentar estos problemas colocado sobre bases firmes.



### III. — PROTECCION MATERNO-INFANTIL Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL URUGUAY.

Las características del Uruguay son representativas de una fenomenología muy importante de conocer cuando se estudia la seguridad social y la protección de la infancia. A saber, enfocaremos la atención de nuestros lectores en dos hechos: 1º Se trata de un país que ha hecho grandes realizaciones en la protección materno-infantil desde hace un cuarto de siglo; 2º Numerosos problemas de la seguridad social en el campo materno-infantil se encuentran ya resueltos, y consecuentemente los programas de protección materno-infantil dentro de la seguridad social, toman rumbos apropiados y concordantes con la realidad de un país evolucionado en los derroteros asistenciales. Para darse cuenta cabal de los fenómenos anteriormente enunciados, vamos a estudiar las siguientes fases de la evolución proteccionista de la infancia en el Uruguay: 1º Aspectos propios de la seguridad social contemplados en el Código del Niño de 1934 y que son una realidad; 2º Proyecto del Dr. Roberto Berro sobre el Seguro de Maternidad y las asignaciones familiares de 1943; 3º Realidad actual en cuanto a la Ley de Asignaciones Familiares y tendencia a dar servicios médico-sociales dentro de la dinámica funcional de las cajas de asignaciones familiares.

#### I — Aspectos propios de la seguridad social contemplados en el Código del Niño de 1934 y que son una realidad.

Estos aspectos se pueden resumir como sigue: 1º El Código establece la creación del Consejo del Niño con las siguientes Divisiones Técnicas: Prenatal, de Primera Infancia (hasta los 3 años), de Segunda Infancia (hasta los 14 años), de Adolescencia y Trabajo (hasta los 21 años), de Higiene, de Educación, de Servicio Social y Jurídico.

2º La organización anterior permite ya sea por vía directa o bien por medio de Comités Departamentales o locales, desarrollar una amplia labor asistencial para proteger a la mujer embarazada, a la madre y al recién nacido, a la madre soltera, al lactante y al infante, a los niños enfermos y anormales, a los niños abandonados, a los niños que hayan cometido faltas sociales, al menor y a la madre cuando trabajen; dicha organización también se encarga de garantizar la educación de los niños en la edad pre-escolar, escolar y liceal.

3º En la protección prenatal se incluyen medidas de carácter eugenésico y pre-concepcional, tales como el establecimiento de Consultorios Pre-Nupciales y el control de la inmigración; ade-

más se da protección prenatal en las Policlínicas del Ministerio de Salud Pública y asistencia al parto, ya sea en maternidades o a domicilio. La mayoría de estos servicios son de carácter asistencial. Se prevé para el futuro el Seguro de Maternidad y se garantiza a la madre trabajadora un descanso de un mes antes y un mes después del parto, percibiendo 50 % de su salario por cuenta del patrono, mientras no se establezca el Seguro de Maternidad.

4º La protección de la Primera Infancia incluye el establecimiento de guarderías infantiles, consultorios gratuitos que proveen de leche a los niños que la necesitan, albergues para madres y niños menores de 3 años y cantinas maternas; estas instituciones son de carácter asistencial.

5º La protección de la Segunda Infancia (3 a 14 años) incluye la organización de servicios de protección a la infancia durante los períodos pre-escolar y escolar.

6º La protección de la Adolescencia y del Trabajo, prevé la creación de establecimientos de readaptación social, escuelas-talleres, y la colocación familiar como un método preferencial al institucional en la readaptación de menores o en otros casos de régimen de internado.

7º La protección higiénica, comprende además del Servicio de Salud Escolar, múltiples medidas tendientes a la difusión y práctica de la Higiene.

8º La protección educacional está ampliamente garantizada por un gran número de escuelas que permiten al Uruguay ufanarse de ser quizás el país de América Latina con el índice menor de analfabetismo. Además existe la Universidad del Trabajo, que garantiza una superación del obrero, dándole el carácter de técnico especializado.

9º Se prevé la implantación del Servicio Social en todos los organismos que dependen del Consejo del Niño. Tal Servicio Social, debe ser efectuado por trabajadoras sociales profesionales.

10º La protección jurídica del menor se garantiza por medio de una amplia legislación que comprende la organización de juzgados de menores y contempla los problemas de menores abandonados moral y materialmente, la adopción, la investigación de la paternidad, la condición legal del hijo natural, las pensiones alimenticias, el trabajo de los menores, etc. El Consejo del Niño está integrado en la siguiente forma: un Presidente designado por el Poder Ejecutivo; el Director del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura; un abogado designado por la Alta Corte de Justicia; un maestro designado por el Consejo de Enseñanza Primaria y Normal; un delegado del Consejo de Trabajo; un delegado del Consejo de Enseñanza Industrial y un delegado de las instituciones privadas de protección a la infancia. El Consejo depende del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social.

La mayoría de lo puntualizado anteriormente es ya una realización en el Uruguay, comprendiéndose que en el caso del país que nos ocupa, la realización de la protección materno-infantil dentro de un sistema de seguros sociales, toma características propias y de tipo limitado. A este respecto, pasamos a conocer el proyecto de ley del Dr. Roberto Berro sobre Seguro de Maternidad y Asignaciones Familiares.

## II — Proyecto del Dr. Roberto Berro sobre el Seguro de Maternidad y Asignaciones Familiares de 1943.

Este proyecto contempla los siguientes beneficios: 1º La mujer, por el hecho de la maternidad, es inamovible de su trabajo; 2º se concede a la mujer embarazada un descanso de 6 semanas antes y 6 semanas después del parto, remunerado con un subsidio equivalente a su sueldo completo; 3º se da el derecho de la asistencia médica gratuita durante el embarazo y el parto, tanto a la madre trabajadora como a la esposa del trabajador; 4º durante los 6 primeros meses de la lactancia se conceden descansos a la madre en su trabajo para lactar a su hijo; 5º Los establecimientos industriales que utilicen más de 30 obreras, deben tener salas cunas anexas; 6º Se declara obligatorio el regimen de asignaciones familiares para todo empleado, obrero o peón, por cada hijo legítimo o natural, legalmente reconocido o declarado judicialmente. Este beneficio se dará hasta que el hijo cumpla 14 años o 16 si sigue estudios secundarios. Las asignaciones serán de 5 pesos por cada hijo después del primero. 7º El sistema financiero será de contribución tripartita, contribuyendo los trabajadores, los patronos y el Estado (este último contribuye doble cuando es a la vez patrono). 8º Se creará una Caja de Maternidad y Asignaciones Familiares, de carácter autónomo, dentro del Instituto de Jubilaciones y Pensiones del Uruguay.

Como puede verse, el proyecto Berro en relación con las realizaciones uruguayas previas al mismo y contenidas en el Código del Niño, viene a constituir un programa amplio de Seguro Social, que completa el panorama de la Seguridad Social en el Uruguay. La realidad actual en el Uruguay no es estrictamente la proposición de Berro. De tal realidad nos ocupamos a continuación.

## III — Realidad actual del Uruguay en cuanto a la Ley de Asignaciones Familiares y tendencia a dar servicios médico-sociales dentro de la dinámica funcional de las Cajas de Compensación.

En el Uruguay, existen las asignaciones familiares por medio de un regimen obligatorio de Cajas de Compensación, que reconoce dichas asignaciones para todo empleado, obrero o peón, por



cada hijo legítimo o natural, legalmente reconocido; los patrones son los únicos contribuyentes de este regimen con un monto del 4 % de la remuneración que pagan a sus trabajadores; el beneficio mínimo es de 7 pesos mensuales por hijo (hoy 10 pesos o sean alrededor de 3,50 dólares) y este beneficio dura hasta que el niño cumple 14 años corrientemente, pero si el niño sigue estudios especiales se prolonga hasta los 16 años y en caso de niños lisiados o incapaces, se prolonga hasta los 18 años; la asignación es mayor cuando son varios hijos; como un principio general la asignación se da a aquellos padres cuyo sueldo no exceda de 300 pesos al mes; el régimen es de naturaleza jurídica para-estatal y está constituido por Cajas de Compensación gremiales que han coordinado y tratan de uniformar sus prestaciones por medio de un Consejo Central; tanto en el Consejo Central, como en los Consejos de las Cajas hay representantes de los obreros y de los patronos en partes iguales y además un representante del Ejecutivo.

Un hecho de especial significación es la tendencia de las Cajas a dar servicios médico-sociales de protección a la madre y al niño. Dichos servicios se están costearo con el superávit de las Cajas y son cual más, cual menos los siguientes: 1 — atención prenatal; 2 — atención del parto y 3 — vigilancia preventiva del niño.

En resumen, podemos decir que la realidad actual del regimen uruguayo de Cajas de Compensación para el pago de Asignaciones Familiares, se acerca al proyecto del Dr. Berro en cuanto a beneficios a dar, aunque los procedimientos para darlos sean diferentes de los propuestos por el Dr. Berro. En otras palabras, el Uruguay tiende a desarrollar un programa de protección a la madre y al niño en sus Cajas de Compensación, de carácter integral, médico-social y económico, y que tiene como meta la Seguridad Social del niño uruguayo, completando las otras medidas proteccionistas de la infancia, que se encuentran contenidas en el Código del Niño.

#### IV. — PROTECCION MATERNO-INFANTIL Y SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE.

Hemos escogido a Chile como país ejemplar en el tema que nos ocupa por presentar las siguientes características: 1º por ser el país pionero del Seguro de Maternidad en América, ya que desde 1924 ha consagrado en su legislación esta aspiración social; 2º porque en el regimen chileno existe la protección maternidad-enfermedad simultáneamente. Esta política de la protección simultánea, ha sido seguida más tarde por el Perú (1936), Venezuela (1940) y México y representa una tendencia importante en

cuanto a que simplifica grandemente el otorgamiento de beneficios; 3º porque últimamente, en 1952, Chile ha creado un Servicio Nacional de Salud que merece comentarios especiales. Pasamos a considerar el regimen chileno actual en el siguiente orden: 1. Realizaciones actuales de la protección materno-infantil en el Seguro Social Obligatorio Chileno, y 2. El Servicio Nacional de Salud de Chile.

#### 1 — Realizaciones actuales de la protección materno-infantil en el Seguro Social Obligatorio Chileno.

Estas realizaciones se pueden resumir como sigue en 1952: 1º El Seguro es obligatorio para los obreros, artesanos y pequeños trabajadores independientes; 2º En su dirección participan los obreros y los patronos con 3 representantes por partes iguales, el Ministro de Salubridad quien lo preside, el Director del Seguro y el Director General de Salud, así como un representante del Presidente de la República; 3º El Seguro da las siguientes prestaciones a los asegurados y sus familiares: asistencia médica, exámenes obligatorios de salud y asistencia dental; las madres trabajadoras y las cónyuges de los asegurados tienen derecho a atención médica durante el período prenatal, el parto y el puerperio; los hijos legítimos, naturales e ilegítimos y adoptivos menores de 15 años tienen derecho a atención médica preventiva y curativa hasta cumplir los dos años de edad; después de los 2 años tienen derecho a atención médica en consultorios solamente (cuando se requiere internamiento el Seguro reconoce la alimentación en el establecimiento donde se interne el niño); las aseguradas tienen derecho a un subsidio igual a su salario 6 semanas antes y 6 semanas después del parto; además mientras amamantan a su hijo y a partir de la séptima semana después del parto, las aseguradas tienen derecho a recibir alimentos suplementarios, conforme a reglamento especial; por otra parte hay pensiones de enfermedad y de viudedad. 4º La tributación es de 5 % para los asegurados, 10 % para los patronos y 5.5 % para el Estado, fuera de otras tributaciones de diverso tipo.

En el programa de Chile, como siempre que se trata de programas en que se cubre simultáneamente la enfermedad y la maternidad, es difícil discernir cuál es el costo de las prestaciones que específicamente protegen a la madre y al niño. En efecto, el todo incluye múltiples partes que engloban además de lo puramente médico-social, las pensiones de invalidez, vejez y muerte.

#### 2 — El Servicio Nacional de Salud en Chile.

Chile ha coordinado todos sus servicios médico-sociales por medio de un Servicio Nacional de Salud que es el encargado de

llevar a cabo las acciones sanitarias, de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas. Dicho Servicio está administrado por un Consejo integrado como sigue: el Ministro de Salubridad, quien lo preside; el Director General de Salud; el Director General del Seguro Social; 2 profesores representativos de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Chile; 2 representantes del Colegio Médico de Chile; 2 representantes patronales; 2 representantes obreros y el Director General de Previsión Social. Este Servicio se financia con cuotas del Seguro Social, de la Beneficencia pública, de los presupuestos Municipales, ingresos de sus propios servicios y otros arbitrios. Esta institución es autónoma y depende del Ministerio de Salubridad. Este esfuerzo chileno para solventar el viejo problema de la interferencia de acción entre los diversos organismos médico-sociales, creando un Consejo Nacional que regula todas las actividades médicas, es un experimento digno de seguirse muy de cerca. Si el antedicho problema es solucionado adecuadamente por este Consejo, tanto los seguros sociales, como la salud pública y asistencia sociales y otros organismos tales como los que coordinan la protección materno-infantil en algunos países, hallarían en este sistema un motivo de interés y de estudio para adaptarlo a diferentes realidades nacionales. Tal tendencia, puede significar la solución más avanzada en materia de programas de salud y en todo caso la modalidad chilena invita a la reflexión.

## V. — COMENTARIOS FINALES.

I. El presente estudio no ha querido ser comparativo, sino más bien descriptivo de tendencias. En efecto, cada tendencia es en gran parte determinada por la realidad social donde se manifiesta y consecuentemente, es difícil comparar lo que por naturaleza es ya en sí diferente, como sucede con las realidades sociales de los países estudiados. Lo anteriormente dicho no debe tomarse en un sentido demasiado literal; lo exacto sería decir que no se puede comparar en términos de "esto es mejor" y "esto es peor" y que cabe tan sólo el pensar en términos comparativos si se dice esta tendencia corresponde a esta realidad social y esta tendencia a tal otra. Fijada así nuestra posición, admitimos las comparaciones.

II Atendiendo más a las similitudes que a las diferencias, podemos decir lo siguiente.

- 1º La mayoría de los países Latino-Americanos se preocupa por la protección de la infancia. Tal tendencia se manifiesta dentro de los regímenes de Seguros Sociales.



- 2º En los regímenes de Seguros Sociales, hay tendencia general a dar beneficios médico-sociales y económicos cuando se trata de programas de protección a la infancia.
- 3º Hay tendencia general a coordinar los diferentes medios de protección médico-social para evitar interferencias de servicios.
- 4º La prevención, la rehabilitación y el Servicio Social tienden a formar parte integrante de los Programas de Protección Materno-Infantil dentro de los Seguros Sociales.
- 5º La protección materno-infantil tiende a hacerse planificada desde la pre-concepción hasta la adolescencia.
- 6º El contenido del término de Seguridad Social tiende a superar ampliamente tanto a los Seguros Sociales como a los sistemas asistenciales y de salubridad.
- 7º Los Directorios tienden a formarse con representantes obreros, patronales y del Ejecutivo, y cuando se trata de programas médico-sociales, se tiende a incluir a los médicos en su Directorio.
- 8º Los Estados tienden a buscar la superación de la comunidad, mediante medidas que propendan al logro del bienestar social en la misma. Aunque la meta del Estado es colectiva, los medios para alcanzar dicho fin respetan la integridad individual y en el caso del niño, la protección de la madre y de la familia son medios básicos para lograr la superación colectiva.

---

## ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE EN REPUBLIQUE D'HAÏTI

Par la professeur Lisa Florez P.

(Haïti)

En Haïti, l'Enseignement Primaire comprend pour les Enfants de 3 à 6 ans le Cycle de l'Enseignement pré-scolaire, celui de l'Enseignement primaire pour les Enfants de 7 à 14 ans et enfin celui de l'Enseignement primaire supérieur et Normal.

Pour l'Enseignement pré-scolaire, il existe dans plusieurs de nos écoles primaires publiques, des Jardins d'Enfants qui reçoivent les Enfants de 3 à 6 ans. Là, il leur est donné un enseignement adéquat à leur âge. Malheureusement ces écoles sont insuffisantes pour répondre aux besoins du milieu.

En outre, plusieurs écoles privées laïques et religieuses ont créé des classes maternelles qui pour leur enseignement emploient la méthode Montessori.

L'initiative privée s'est aussi intéressée à l'Enseignement pré-scolaire. Depuis 1935, elle fait fonctionner dans les villes importantes et les agglomérations rurales divers organismes destinés à aider la petite enfance:

La Goutte de lait —L'Obolo du Pauvre— La Charité s'il vous plaît — Les Oeuvres de l'Enfant Jésus.

Depuis le 6 Décembre 51, la Fondation de Mme. Paul E. Magloire a inauguré la Garderie Infantine de la Saline, qui le 7 Janvier 52 ouvrirait ses portes à 50 enfants de 3 à 5 ans dont les parents —de braves journaliers— travaillent loin de leur foyer respectif.

Avec le concours d'un personnel efficient, cette Fondation accorde des soins maternels à ces petits qui suivent un régime spécial et reçoivent un enseignement convenant à leur âge. Cette garderie fonctionne tous les jours de 8 heures a.m. à 5 heures p.m. excepté le dimanche.

L'Enseignement primaire est gratuit à tous les degrés. Il est obligatoire, car tout enfant d'âge scolaire, c'est à dire de 7 à 14 ans, doit fréquenter une école publique ou privée.

Cet Enseignement en Haïti est dispensé par des laïques et par des religieux. Les écoles dirigées par des laïques portent le nom d'Ecoles laïques et celles dirigées par des religieux s'appellent Ecoles Congréganistes.

Il y a 2 catégories d'écoles laïques:

1° Les écoles laïques publiques qui sont aux frais de l'Etat.

2° Les écoles laïques privées, payées par les parents des élèves qui les fréquentent.

Les écoles congréganistes sont aussi publiques et privées pour les mêmes raisons.

Actuellement en Haïti, il y a:

1	Ecole Normale d'Institutrices.
1	" " d'Instituteurs.
3	" primaires supérieures de filles.
1	" " " garçons.
1	" " " mixte.
60	" " laïques de filles
75	" " " garçons.
24	" " mixtes.
38	" " congréganistes de filles.
24	" " " garçons.
9	" " mixtes.
17	cours du soir.

Les écoles primaires laïques publiques ou privées sont, pour le plus grand nombre, logées dans des locaux inadéquats, puisque

ces édifices sont des maisons privées et non construites spécialement pour écoles, tandis que les écoles primaires congréganistes publiques ou privées sont placées dans des maisons confortables.

Toutes ces écoles primaires —quel que soit leur dénomination— dépendent du Ministre de l'Education Nationale qui par l'intermédiaire de la Direction Générale de l'Education Nationale, organisme technique et administratif, assigne les plans et programmes à suivre, indique les méthodes à adopter, fait appliquer les règlements en usage.

La durée des études primaires est de 6 ans.

L'Enfant commence ce cycle au Cours Préparatoire 1<sup>re</sup> année pour l'achever au Cours Moyen 2<sup>de</sup> année, après avoir parcouru les 2 années du Cours Préparatoire, les 2 années du Cours Élémentaire et la 1<sup>re</sup> année du Cours Moyen.

L'effectif des élèves dans les cours, varie suivant les milieux, mais l'effectif officiel est de 35.

La fin des études primaires est sanctionnée par des examens officiels qui donnent aux candidats qui ont la moyenne des notes, droit à un diplôme appelé "**Certificat d'études primaires**" ou C.E.P.

Le C.E.P. donne à ceux qui le possèdent —garçons ou filles— droit de participer au concours d'admission dans les Lycées ou Collèges (enseignement secondaire) ou bien dans les écoles industrielles pour les garçons ou d'arts ménagers pour les filles (enseignement professionnel).

Les jeunes filles possédant le C.E.P. et qui ne se destinent pas à l'Enseignement secondaire, vont au concours d'admission dans les écoles primaires supérieures.

Le cycle des études primaires supérieures varie entre 4 à 5 ans. Après 2 années régulières de scolarité à l'école primaire supérieure, l'élève subit un examen officiel qui lui donne droit —s'il y réussit— à un diplôme le "**Brevet Élémentaire**" ou B.E. Ce diplôme lui permet d'achever le cycle des études primaires supérieures que l'Etat sanctionne, également après examen officiel, par un brevet dit: "**Brevet Supérieur**" ou B.S.

Les 2 brevets —Elémentaire et Supérieur— donnent aux candidats, droit de participer au concours d'admission en 1<sup>re</sup> année à l'Ecole Normale Primaire d'Institutrices.

Il y a aussi une Ecole Normale Primaire d'Instituteurs.

Les conditions d'admission à ces écoles sont:

- 1<sup>re</sup> Présenter un certificat attestant qu'on a fait la 4<sup>re</sup> dans un Etablissement Secondaire ou soit muni du Brevet Élémentaire ou Supérieur.
- 2<sup>de</sup> Présenter un Certificat de Santé, signé d'un médecin du Service de la Santé Publique.



- 3º Présenter un Certificat de bonne vie et moeurs, signé par le Juge de Paix et visé par la Police.  
4º Un extrait de l'Acte de naissance.  
La durée des Etudes y est de 4 ans.

Les Examens officiels de l'Enseignement primaire sont organisés par une Section de la Direction Générale de l'Education Nationale dite: Section de l'Enseignement Primaire. Elle est dirigée par un chef dont le titre est "Inspecteur Général de l'Enseignement Primaire Urbain et Normal".

Cet Inspecteur Général qui a son siège à Port-au-Prince, capitale d'Haïti, est assisté d'un corps d'Inspecteurs dont quelques uns se trouvent à la capitale et les autres en provinces. Ces derniers s'appellent: **Inspecteurs Régionaux**.

Les Inspecteurs de l'Enseignement Classique sont au nombre de 27.

Les examens officiels du C.E.P. et du B.E. roulent sur les matières suivantes:

Orthographe comprenant une dictée et des questions.

Arithmétique " 3 problèmes.

Composition Française comprenant narration-description ou lettre.

Sciences physiques et naturelles (notions élémentaires) — Hygiène.

Histoire et Géographie d'Haïti.

Instruction civique et morale.

Géographie Générale.

Ceux du B.S. comprennent:

Dissertation littéraire ou morale.

Composition d'Histoire d'Haïti.

Arithmétique-Algèbre-Géométrie.

Sciences comprenant: Chimie — Physique — Zoologie — Botanique — Physiologie.

Anglais.

Littérature.

Les épreuves du concours d'admission aux deux Ecoles Normales Primaires sont:

Orthographe.

Arithmétique.

Composition Française.

Texte d'Informations Générales comprenant:

Histoire et Géographie d'Haïti.

Hygiène et Sciences.

Instruction Civique et Morale.

Histoire et Géographie Générale.

L'Enseignement Rural est également gratuit. Il est dispensé par les Haïtiens.

Il y a 2 types d'écoles: les fermes écoles et les écoles rurales. Elles sont au nombre de 235.

Cet Enseignement est dirigé par un chef appelé "Assistant Directeur de l'Education Nationale". Il est aidé d'un Inspecteur Général et d'Inspecteurs de district. Cet Assistant Directeur supervise le travail général et s'occupe d'une manière spéciale de l'Administration.

Les études à l'Enseignement Rural ne sont pas sanctionnées par des examens officiels. Cependant certaines écoles rurales présentent des candidats aux examens officiels de l'Enseignement Primaire Urbain.

Le cycle d'études est très variable.

Les conditions du milieu ne permettent pas aux élèves d'être réguliers. A l'époque des plantations et des récoltes, les enfants ne fréquentent pas quotidiennement l'école, puisqu'ils doivent aider leurs parents.

L'Enfant Rural fréquente l'école à n'importe quel âge. A part les études classiques, il suit des cours tant pratiques que théoriques d'agriculture, de tissage, vannerie, etc. sous la direction de professeurs entraînés.

Ces écoles sont placées sous le contrôle d'Inspecteurs qui les visitent constamment, font des suggestions, donnent des directives au personnel enseignant. Beaucoup d'entre-elles sont mixtes. Elles sont dirigées la plupart par des Normaliens.

Durant le cours de l'année scolaire y ont lieu des réunions de professeurs et d'inspecteurs dans lesquelles se discutent des questions éducatives: des conférences y sont faites sur des thèmes relatifs à l'Instruction.

Des "Cours de Vacances" sont donnés au personnel de l'Enseignement Rural, pendant un mois, par des personnes qualifiées.

Fonctionnent aussi les écoles des bourgs, communales et presbytérales. Elles sont au nombre de 400.

Les "Cours du Soir" pour adultes sont faits dans certains locaux d'écoles primaires. Il y en a 17.

Des cantines scolaires sont attachées à un grand nombre d'écoles urbaines et rurales. Elles sont toutes à la charge de l'Etat. Au nombre de 106, elles fournissent à peu près 3.180 repas par jour.

D'autre part, la "Fondation Mme. E. Magloire" a inauguré en Janvier 1952 la cantine populaire de Saint Martin qui donne 300 repas quotidiennement à 200 écoliers et 100 adultes. Un roulement fait par la Direction Générale de l'Education Nationale —à qui la Fondation envoie les carnets de rations—, permet chaque 2 mois à un groupe différent d'écoliers de bénéficier du repas de midi.

Avec le concours du Département des Travaux Publics, deux nouvelles cantines ont été érigées dans deux quartiers populeux de la ville. Celle du Portail Léogane fournit 250 repas par jour à 175 élèves et 75 adultes; il en est de même pour la Cantine de la Saline.

Dans nos provinces, à Quartier Morin et à Saint Marc, des cantines offrent le déjeuner à un bon nombre d'enfants et d'adultes.

Des dépenses de l'ordre de trois - mille - neuf - cent - quatre - vingt - neuf dollars (\$ 3.989.00) assurent mensuellement le fonctionnement de ces cantines.

L'Enseignement Professionnel se donne dans les Ecoles d'Arts et Métiers, les Centres de Rééducation et les Ecoles Professionnelles.

L'Etat s'efforce de donner à ses pupilles un métier profitable.

Ces écoles sont au nombre de 15. L'effectif y est de 1.810 élèves. Elles relèvent toutes du Département de l'Education Nationale.

Les garçons, à part les leçons classiques, y suivent des cours de mécanique, ajustage, ferblanterie, ébénisterie, maçonnerie, coupe, etc....

Les filles y apprennent, à côté d'un enseignement classique complet, la lessive, la cuisine, la vannerie, la coupe, le ménage, le macrammé, etc.

Cet Enseignement est dirigé par un Assistant Directeur de l'Enseignement Professionnel. Il est aidé d'un Inspecteur.

Des examens officiels sanctionnent les cours qui s'y font.

Le cycle d'études est variable.

Par ailleurs la Fondation Mme. Paul E. Magloire avec l'appui du Département de l'Economie Nationale a installé un ouvroir dans différentes villes de province, pour recevoir la jeunesse féminine.

Le Foyer Ecole de St. Martin qui l'année dernière comptait 100 élèves totalise maintenant 250 enfants.

Les élèves y suivent des cours de tissage, repassage, art culinaire.

En 1945, une institution privée, pour les Enfants handicapés "L'Ecole Saint Vincent" commença à fonctionner sous le nom de "La Crèche" avec 6 enfants. En 1946 elle eut un total de 20 à 25 enfants agés de 2 à 13 ans.

En 1949 "La Crèche" est devenue "L'Ecole Saint Vincent" et l'oeuvre changea d'un project médical à un project educationnel



et médical. Dès cette époque l'Ecole s'agrandit, on y ajouta une section classique et son personnel augmenta. Le personnel comprend:

La Directrice diplômée du cours "Spécial Médical" de l'Ecole Posse-Nissen pour la physiothérapie et les cas d'orthopédie.

Un Censeur d'Etudes.

Un professeur diplômé de "Perkins Institute pour les aveugles" chargé du programme pour les aveugles.

3 professeurs pour les aveugles.

3 " " les sourds-muets.

2 " " les massages et les exercices des boiteux.

1 " " la couture et la vannerie.

2 " " les estropiés.

1 " " les travaux ménagers.

2 infirmières.

Cette institution suit un programme organisé pour le développement spirituel, moral, intellectuel et physique et pour la réhabilitation de chaque enfant individuellement.

Actuellement l'Ecole travaille avec les sourd-muets, les durs d'oreille, les cas de trouble de la parole, les aveugles, les boiteux et tous les autres handicapés. (75 élèves).

Le programme de l'Ecole comprend des études classiques, entraînement manuel, soins médicaux et thérapeutiques et la réhabilitation spirituelle et morale.

Elle fonctionne de 8 h. 45 a.m. à 12 h. a.m. et de 1 h. 30 p.m. à 4 h. p.m..

Les inscriptions sont acceptées pendant toute l'année scolaire. Cette Institution est subventionnée par l'Etat.

La pratique du sport est obligatoire en Haïti dans l'Enseignement Primaire.

Il est annexé au Département de l'Education Nationale un "Bureau des Sports" qui comprend:

Une section d'Education Physique.

Une section de Sports scolaires et post-scolaires.

Une section d'Inspection.

Le personnel relève du Directeur du Bureau des sports et comprend:

1 chef pour chacune des sections.

Des Inspecteurs Instructeurs, des moniteurs pour l'Education physique, le Football, l'Athlétisme, Boxe, Natation.

Il a pour attributions:

Promouvoir et développer les sports dans les écoles.

Superviser l'Education Physique et Sportive scolaire.

Assurer l'équipement sportif des écoles.

Etablir le contrôle médical sportif scolaire et post-scolaire.

Contrôler, encourager et orienter les activités des fédérations reconnues.

Susciter la création de nouvelles associations sportives, favoriser l'entraînement des élites afin d'assurer une bonne représentation nationale.

Servir de liaison entre les différentes fédérations et arbitrer les différends qui les opposeraient.

Veiller à la meilleure utilisation des terrains existants et en obtenir pour les centres qui en sont dépourvus.

Un service Médico-Scolaire établi en 1904 par Monsieur Dantes Bellegarde, organisa l'Inspection Médicale des écoles avec le concours bénévole des Jurys Médicaux.

En 1913 la Loi Guilbaud fait entrer le Service Médical Scolaire dans les attributions obligatoires des Jurys Médicaux.

En 1952 le programme prévoit plusieurs stades et devra se développer sur plusieurs années.

a) Stade d'Orientation et d'Expérimentation.

Stade en Cours (project-pilote) dans quelques unes des écoles de Port-au-Prince.

b) Stade d'extension aux écoles primaires du pays.

c) Stade d'extension aux écoles secondaires du pays.

d) Stade d'extension à l'Université.

#### Stade d'Orientation:

a) Créer et maintenir une collaboration étroite entre les Départements de la Santé et de l'Education.

b) Obtenir et développer la compréhension et l'enthousiasme des professeurs —leur inculquer l'importance primordiale de leur rôle dans le programme d'Hygiène scolaire.

c) Evaluation du niveau sanitaire des écoles primaires publiques.

d) Aménagement de salle de santé dans les écoles publiques.

e) Examen médical des élèves avec utilisation du carnet médico-scolaire.

f) Obtention d'heures spéciales de consultation à l'Hôpital et dans les centres de santé à l'intention des écoliers malades.

g) Visites domiciliaires par l'infirmière d'hygiène publique.

h) Vaccination contra variole, typhoïde, diphtérie, etc. après distribution de fiches explicatives.

i) Sérologie (Kan VYRL) pour les professeurs et radiographie de la poitrine.

j) Inspection et traitement dentaire.

- k) Traitement de masse des écoliers contre les vers intestinaux, dû au fort pourcentage de ces parasites chez nos écoliers, après enquête sociale et consentement des parents.
- l) Education pratique en Hygiène des futurs professeurs et des élèves, dans le but de créer de bonnes habitudes et de changer le comportement même des élèves.

Enseignement de la nutrition dans les cantines scolaires.

En Février 1952 fonctionnaient 971 écoles. Le nombre des instituteurs était de 2.879 pour la République et le nombre d'élèves inscrits 129.427.

### OBSERVATIONS ET CONCLUSION

De tous temps, la principale occupation du Gouvernement Haïtien a été d'accorder aux régnicoles le pain de l'instruction à tous les degrés. Bien plus, avant même aucun autre pays, il a décrété l'obligation et la gratuité de l'Enseignement Primaire.

En dépit de la faiblesse de nos moyens le Gouvernement s'est toujours préoccupé de l'Enfance. Par la création des Cités Ouvrières, où une partie du mobilier, —l'indispensable est accordé aux nouveaux propriétaires des locaux; par la création des pouponnières, par l'assistance prénatale, les maternités, les cantines, Haïti fait des efforts pour l'aide la plus entière à apporter à toute la jeunesse du pays.

De plus, des bourses accordées aux jeunes gens des deux sexes, permettent aux bénéficiaires d'élargir le cercle de leurs connaissances, de se familiariser avec les méthodes et techniques nouvelles et d'en essayer l'adaptation à leur pays respectif suivant les conditions de vie et moyens du milieu.

L'occasion m'étant donnée d'assister au Seminaire du Travail sur l'Organisation de la Protection de l'Enfance, qui a lieu à Montévidéo, je ne saurais que rendre hommage à ceux-là qui se sont penchés et se penchent assidûment sur les problèmes ardu de l'Enfance et qui en ont trouvé la solution la plus heureuse.

Comment ne pas louer une oeuvre comme celle du Dr. Louis Morquio dont les bienfaits ont une répercution si grande!...

Après avoir entendu des maîtres tels que: Dr. Roberto Berro, Escardó y Anaya, Louis Petrillo, José Saralegui, etc... parler des multiples services s'intéressant à l'Enfance, suivi avec intérêt les conférences des professeurs Emilio Verdesio, Carmen García de Sánchez, Isabel Pinto de Vidal, José Pedro Puig, et visité différentes organisations: Polycliniques Maternelles, Université du Travail, Hôpital d'Enfants Rhumatisants, Clinique de Conduite et d'Orientation Infantile, Ecole Roosevelt, etc... il est aisé de se



rendre compte que l'Uruguay a atteint un degré des plus élevés dans le domaine de la Protection de l'Enfance.

Des soins vigilants sont accordés à la femme durant toute sa grossesse et même après ses couches dans les maternités infantiles.

La Goutte de Lait, service chargé de la surveillance et de l'inspection médicales des nourrissons, fait visiter par des Assistantes Sociales les mères pauvres sorties des maternités. Dans les cas nécessaires, cet organisme distribue des biberons spéciaux et les mères débiles reçoivent du lait et déjeunent à la Cantine maternelle.

Là ne s'arrête pas son oeuvre qui serait incomplète s'il n'enseignait pas à la mère comment maintenir son nouveau-né en bonne forme. Pour cela un cours de démonstration pratique est donné aux mères qui le suivent avec intérêt. Une institutrice diététique y traite de l'alimentation de l'Enfant et de l'adulte.

Ce procédé excellent est aussi usité en Haïti; seulement dans les garderies de Descloches et de Vaudreuil. Il conviendrait mieux que ces causeries soient faites dans toutes nos garderies.

De plus, il serait indispensable d'établir un cours de puériculture pas seulement dans les écoles primaires supérieures et les lycées, mais dans toutes les écoles primaires; souvent l'Enfant laisse l'école après avoir parcouru le cycle des Etudes Primaires.

Actuellement à Montevideo, la "Ligue contre l'Alcoolisme" présidée par Mme. Manuela de Herrera de Salterain, réclame à grands cris l'institution d'un cours d'Hygiène journalier dans les établissements scolaires du pays. Ceci est d'une importance capitale. Ces écolières d'aujourd'hui ne sont-elles pas les mères à venir?

A elles reviendra la difficile besogne de former les hommes sains de demain; hommes sur lesquels la Patrie pourra compter. Tâche qu'elles accompliront alors avec aisance, en inculquant à leurs fils, dès le bas âge, à côté des principes moraux, la haine de l'alcool dont les effets néfastes sont l'anéantissement de la famille, par suite la ruine d'un pays.

A la mère aussi reviendra la gloire d'avoir donné à la Patrie des fils dignes d'elle. Qu'on se rappelle seulement ces paroles du grand Napoléon: "C'est sur les genoux de la mère que se forment les grands hommes".

Et cette pensée semble être la hantise du Gouvernement Uruguayen. Il ne faut pas séparer l'Enfant de la Mère; aussi dans plusieurs maternités infantiles, le berceau du nouveau-né côtoie le lit maternel.

Une institution autre "La Crèche" reçoit les nouveaux-nés abandonnés dont le nombre diminue continuellement grâce aux

subsidés accordés par le "Conseil d'Assignations Familiales" aux familles pauvres. Cette aide n'est faite qu'aux mères dont les Enfants sont légalement enregistrés. Procédé employé dans le but d'arriver à l'organisation légale de la famille dans laquelle l'Enfant doit vivre et trouver un maximum de bien-être.

Des nombreuses "Ecoles Maternelles" dépendant du "Consejo del Niño" reçoivent les Enfants Pauvres de 3 à 5 ans, dont les parents travaillent hors de leur foyer. Les élèves y passent la journée et par conséquent y prennent le copieux repas du midi.

Logées dans des locaux spacieux, ces écoles fonctionnent sous la supervision d'une Directrice dévouée, aidée d'un personnel compétent. Les classes décorées de motifs instructifs et récréatifs faits par les professeurs, créent pour l'Enfant, une atmosphère agréable dans laquelle il évolue en confiance et avec joie. Un matériel des plus complets permet aux professeurs entendus de mener à bonne fin les élèves à leur charge... et avec quelle douceur...

A côté du pénible (notions de lecture et d'écriture) l'agréable (chant et danse) marche de pair. Chose surprenante, ces élèves de 4 à 6 ans forment déjà un orchestre dont le résultat est appréciable.

Des "Classes Jardinières" ouvrent leurs portes aux petits de parents aisés. Ils s'y rendent seulement l'après-midi de 1 h.30 p.m. à 5 h. p.m. On y emploie la "Méthode Froebel" seulement modifiée suivant l'époque et le milieu.

Dans le cadre de ces écoles s'organisent des "Clubs de Pères". Ces réunions ont pour but d'établir des meilleures relations entre la famille et l'Ecole; elles permettent aussi à la famille de mieux connaître les problèmes éducatifs et d'aider un peu l'Ecole dans son oeuvre délicate. De plus on y parfait l'Instruction des parents qui peuvent mieux suivre et comprendre les progrès réalisés par leurs Enfants et maintenir un climat favorable à leur évolution.

En Haïti, nos Jardins d'Enfants sont logés dans les écoles primaires pas assez spacieuses; il est donc difficile d'y installer comme il conviendrait nos petits des classes maternelles. Il serait préférable de les dissocier et de placer ces jeunes écoliers dans un local adéquat où ils gagneraient à ne rencontrer pendant les récréations que des gamins de même âge.

La formation d'un orchestre par nos jeunes Enfants est à souhaiter, elle fournirait aux jeunes artistes l'occasion de se faire connaître tout en développant chez les autres le goût de la musique. L'Haïtien, en général, a le sens de la musique, la réalisation d'un tel projet lui serait facile.

La création de "Clubs de Pères" s'impose; les bienfaits qu'on peut en tirer sont trop sensibles pour être négligés.

Pour les Enfants normaux d'âge scolaire, un grand nombre

d'écoles fonctionnent tant à Montévidéo qu'à l'Intérieur du pays. Le cycle des études primaires y est de six ans.

L'Ecole Rurale a un programme spécial; la durée des études y est de 3 ans.

Le Personnel Enseignant est composé de Normaliens qui, pour leur Enseignement, emploient les "méthodes actives".

Des cantines et réfectoires scolaires, offrent aux écoliers le repas du midi. Quelques uns sont financés par l'Etat, d'autres par des Institutions privées.

Dans toutes ces écoles, les bibliothèques scolaires permettent aux étudiants de peupler leurs coeurs de goûts purs et élèves et de se bâtir à eux-mêmes, des maisons de refuge.

Des "Clubs d'Enfants" groupent autour d'une même table les écoliers de divers établissements scolaires, leur permettant ainsi de se mieux connaître, d'émettre leurs idées, de réaliser en commun quelque chose qui leur soit propre, tel: un "journal d'Ecole" rédigé et imprimé par les étudiants eux-mêmes; d'avoir des initiatives parfois très heureuses: l'organisation d'une équipe de Jeunes, allant de porte en porte pour la propagande anti-tétanique ou alcoolique, en est une.

L'Organisation de "Club d'Enfants" chez les Haïtiens ne serait pas à dédaigner. Les écoliers se réuniraient pour échanger leurs idées, travailler en commun, arriver à mieux se comprendre, mieux s'aimer, par conséquent mieux s'entraider.

Le Ciné et la Radio constituent de puissants auxiliaires pour l'Enseignement; ils prêtent une collaboration appréciable dans l'Education et la propagande sanitaire en préparant dans le public, un terrain favorable à l'adoption des mesures preventives qui protègent la santé des mineurs Uruguayens.

L'Education physique joue aussi son rôle à l'Ecole primaire. Les élèves, sous la direction d'un professeur d'Education physique, exécutent des mouvements de gymnastique hygiénique et corrective, organisent des jeux, danses et toutes sortes d'autres activités.

L'Organisation des loisirs étant considérée comme un moyen de thérapeutique sociale, il a été établi des "Places de Sports" munies d'un matériel des plus complets (y compris salles de bain). Elles fournissent à la Jeunesse le moyen de se divertir sagement.

La santé des Enfants est minutieusement contrôlée par le corps médical du "Consejo del Niño". Les nourrissons sont vaccinés contre la variole, la diphtérie, la tuberculose, le tétanos, etc.

L'examen des Enfants des écoles est obligatoire. Il comprend un examen général: système osseux — développement musculaire — contrôle de la nutrition — exploration de l'acuité visuelle et auditive — mesures de l'élève avec mention des données pour se rendre compte si l'élève est sain ou pas, s'il a ou non un poids



normal et si son âge mental correspond à son âge chronologique, La fiche est complétée avec les données pathologiques dans les services spécialisés: clinique d'ophtalmologie, lutte contre la tuberculose, etc...

L'examen terminé, les Arriérés sont dirigés vers les "Ecoles d'Enseignement spécial" où suivant leurs aptitudes, ils s'adonnent à un métier.

Les "Ecoles Auxiliaires" s'occupent de ceux dont un défaut de la parole ou un entendement difficile entrave l'évolution mentale normale.

Les "Anormaux de Caractère" sont menés à la Clinique de Conduite où le psychologue est chargé de dépister la cause du mal et d'y remédier. Ce travail constitue une méthode efficace dans la prophylaxie de la délinquance juvénile.

Les Débiles prédisposés à la tuberculose sont envoyés dans les "Ecoles de plein air" qui s'efforcent de rétablir la santé des affaiblis, en même temps leur donner l'instruction voulue. Ces Etablissements existent dans les environs de Montévidéo, loin des agglomérations et des activités de la ville.

Le travail mental y dure à peine quelques heures, le reste du jour est consacré au bain de soleil, à la gymnastique respiratoire, aux travaux manuels.

A 10 minutes de la Capitale d'Haïti, Pétienville offre le cadre qui conviendrait à une telle école. Aussi j'émetts le voeu que notre Gouvernement dans son plan de création de nouvelles écoles y installe une "Ecole de plein air" pour le plus grand bien de notre jeunesse scolaire.

Que dire alors des soins accordés à l'Enfance Uruguayenne handicapée! Ceux envers lesquels la nature ne s'est pas montrée généreuse (infirmes, boiteux, paralysés, etc...) sont gardés à l'Ecole F. Roosevelt pour recevoir le traitement correspondant à leur état.

Cette école se propose la réintégration et l'adaptation des Enfants invalides; elle a un programme d'assistance auquel le psychologue doit ajouter son labeur.

Cette assistance réclame l'organisation de divers services qui s'efforceront d'obtenir la récupération physique avec l'aide de l'assistance médicale, la réalisation des programmes des écoles primaires et l'acheminement, suivant l'aptitude, vers un métier ou une profession.

Les Sourds-muets sont éduqués par des Instituteurs spécialisés dans cet enseignement. Le cours se fait en 8 ans. Cette Institution privée emploie pour l'enseignement la méthode orale.

Des ateliers fonctionnent dans cette école et les élèves y apprennent un métier selon leurs dispositions.

Les défauts de la parole sont corrigés par les classes d'orthophonie et d'exercices auriculaires.

L'initiative privée prend à coeur d'aider l'Etat dans son oeuvre délicate de Protection de l'Enfance.

L'Association Uruguayenne de Protection à l'Enfance ou AUIP fondée en 1924, veille à la santé et aux besoins physiques, hygiéniques, économiques, culturels et moraux de l'Enfance. Elle atteint ses buts grâce aux collectes, dons, legs, aides sociales et du Gouvernement.

Cette Association facilite l'admission des futures mères aux maternités, distribue layettes et berceaux aux nouveaux-nés des mères pauvres.

Ses "Maisons Maternelles" gardent les Enfants de 3 à 6 ans dont les mères sont retenues par un labeur quotidien loin du foyer domestique.

11 réfectoires pour débiles fonctionnent dans diverses villes du pays. A nombre de 1.800 ces petits y reçoivent une nourriture riche, des vêtements et chaussures.

300 élèves récupèrent leur force à la Colonie Maritime.

Un "Campement" à l'intérieur du pays reçoit des écoliers pour les vacances. Les fillettes, à côté des Cours classiques y apprennent la coupe, la couture et la confection; les garçons y travaillent le bois, le cuir, confectionnant ainsi leurs chaussures et celles de leurs parents.

La "AUIP" s'intéressant à l'Organisation de la Famille, s'efforce de légaliser les unions illégitimes, porter les pères à légitimer leurs enfants, veiller à l'inscription des nouveaux-nés sur le registre d'Etat Civil et en dernier lieu faire des mariages in-extremis.

Par un groupe de "Visiteuses sociales", elle contrôle le foyer, décide de l'internement des Enfants si cela est urgent et a recours à d'autres Institutions si les cas le nécessitent.

Nombreuses sont les autres Oeuvres privées qui s'intéressent à la conservation du bien-être de l'Enfant, prennent des mesures en vue d'assurer la protection de sa santé physique et morale, dans le but de faire son Education sous tous les rapports; de lui fournir des moyens de divertissements enfin de développer tous les facteurs qui contribuent à sa protection et à sa sécurité. (Société Christophe Colon -- Oeuvre Don Bosco -- Association Chrétienne des Jeunes).

Presque toujours la carence des écoles primaires, les déficiences sociales, le manque de loisirs, le bas salaire sont la source de la délinquance juvénile... Négliger ces questions, c'est compromettre l'avenir du pays dans ce qu'il a de plus sacré: l'Enfant, la grande réserve humaine (comme dit notre avocate Haïtienne Mme. Simone Hyppolite).

Le problème de la "délinquance juvénile" fait l'objet d'une attention particulière des Autorités Uruguayennes.

L'Enfant délinquant sous aucun prétexte, ne subit la prison préventive, il est entendu par le Juge de Mineurs puis dirigé vers des Institutions Spéciales qui assurent la responsabilité de l'observer, le suivre et de le réadapter afin de le rendre amélioré dans un espace de temps déterminé, à sa Famille et à la Société.

Il existe en Haïti, depuis Juillet 1952 une loi organisant dans nos tribunaux, une "Section de la Jeunesse délinquante". C'est un premier pas auquel il eut été infiniment désirable que viennent s'ajouter promptement, des dispositions pour mettre à la charge de l'Etat ou des Communes, une protection plus effective des orphelins, Enfants abandonnés, errants ou livrés à eux-mêmes.

La politique de multiplication des "Maisons de Rééducation" devrait être poursuivie avec constance, pour recueillir le plus d'Enfants de cette dernière catégorie, dans les villes et les campagnes.

Le travail des champs absorbe les soins des petits villageois ou campagnards, que les courses, l'alimentation de la case en eau, la garde des plus jeunes, retiennent à l'âge scolaire, loin des écoles.

Dans les villes, le commerce ambulant, le service dans les restaurants populaires, les transports, coltinages légers, occupent un certain nombre de jeunes Enfants sur lesquels un contrôle effectif eut été très souhaitable.

Une grande partie de ce labeur reviendrait à un Service Social à organiser sur des bases solides, dans tous les centres urbains et ruraux et qui aurait pour tâche:

L'Amélioration de l'existence de l'Enfant.

La Protection des Enfants abandonnés.

Le Dépistage du vagabondage.

La Création de la Clinique de conduite.

Le Renforcement de la loi sur l'Obligation scolaire.

La Multiplication de terrains de jeux pour sports populaires.

En outre il serait bon d'étendre l'examen médical qui n'existe que pour les écoliers, selon le voeu de la Conférence Internationale de Travail de 46.

Tels sont les voeux que je formule à l'issue de cet instructif et intéressant Séminaire. Je suis certaine que le Gouvernement actuel si progressiste, ne tardera pas à les faire siens et à les rendre effectifs avec la magnificence et l'ampleur qu'il apporte à ses moindres réalisations.

Ainsi Haïti aura tiré de ces assises internationales, le plus de profits possibles dans le domaine de la Protection de l'Enfance en suivant dans cette voie le bel exemple tracé par l'Uruguay, terre de Liberté, de Progrès, de Justice et d'Amour.



## ABANDONO DEL MENOR

Por el Lic. Francisco J. Blanco

(Honduras)

Uno de los problemas más grandes y dolorosos que confronta la sociedad humana es el referente al abandono del menor.

No obstante que "todo niño debe de nacer en un hogar bien constituido y permanente, crecer y desarrollarse dentro de él", como lo proclama en forma muy bondadosa el distinguido Doctor uruguayo, Víctor Escardó y Anaya, infinidad de ellos son víctimas de un criminal abandono que afecta su salud, su bienestar, su educación y su vida.

Pero, antes de pasar adelante, veamos qué se entiende por abandono. Según el ilustrado criterio del Dr. Juan A. Brito del Pino, existe éste "cuando el niño carece de los elementos necesarios para su normal desarrollo, orgánico y espiritual, existiendo esos elementos en el país y ambiente en que vive" y agrega "si le falta vivienda, alimentos, vestidos, medicamentos, que se consideran imprescindibles para llegar al standard de su medio, hay estado de necesidad y abandono material; si le faltan medios educativos, familia, escuela, implementos de juego y diversiones, talleres y oportunidades de trabajo y de cultura, hay necesidad y abandono espiritual".

El abandono pues, puede ser material y moral y encontrarse ambos en algunos casos, ya en forma parcial o total.

Se afirma que, siempre que hay abandono hay necesidad, pero no siempre que hay un estado de necesidad hay abandono, porque esa falta o necesidad puede ser originada por una enfermedad congénita o adquirida del menor; tal el caso del lisiado, que aunque se pongan a su disposición todos los recursos, no es posible llegar a eliminar el padecimiento.

Si existiera una estadística universal completa consignando todos los niños enfermos, los mal alimentados, los que no disponen de ropas, viviendas, centros educativos y de recreación adecuados, ella nos reflejaría con triste elocuencia que el mayor porcentaje de dichas criaturas lo forman las víctimas del abandono. Apreciación que nos induce a pensar en la gran importancia que existe de abordar este tema, no sólo para satisfacer el deseo de cumplir con un deber para con el INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA, sino que también para, de su meditación y estudio poder sacar conclusiones de carácter práctico que puedan coadyuvar en la noble lucha de protección a los menores a que están moral y legalmente obligados todos los gobiernos.

## ABANDONO MATERIAL.

El niño viene a la vida bajo el amparo y protección de sus padres, éste es un derecho fundamental incuestionable.

Los padres están moral, social y legalmente obligados a procurarles: subsistencia, salud, alegría, bienestar, afecto, cultura, etc. Sin embargo, hasta el más fundamental derecho que les corresponde, el de alimentarse en el seno materno, les es privado a veces, sin más justificación que un simple capricho.

El abandono material del niño dejándolo en completo desamparo puede producirse en cualquier época de su vida, pero con suma frecuencia sucede cuando se encuentra recién nacido.

El muy ilustre Dr. Roberto Berro —eximio representante de la Pediatría y Puericultura— dice a este respecto: “el abandono de niños de primera infancia es casi siempre un abandono material, vale decir, que trata de pequeños seres —que por ciertas razones— justificables para los progenitores —los entregan abierta o clandestinamente a organismos, instituciones o a personas extrañas, o los exponen criminalmente en cualquier sitio de la ciudad o del campo”.

Y creemos que también existe abandono material, cuando por circunstancias de edad, enfermedad u otras especiales el menor necesita imperiosamente de la ayuda y asistencia de sus padres o personas que hagan sus veces y no se la brindaren.

## CAUSAS DEL ABANDONO MATERIAL.

El abandono material del niño es, en términos generales, el producto de la irresponsabilidad de los padres, favorecida: ya por la miseria, el vicio, la ignorancia, el afán de no perder la buena reputación, etc.

En las sociedades de escasa cultura siempre se ha querido inculpar este delito a la madre, pero todos sabemos muy bien, que el padre es igualmente responsable ante los deberes para con los hijos, además —en la mayoría de los casos— es él quien provoca el acto sexual que florece en la concepción y fructifica con el nacimiento.

Se puede decir que la falta de preparación de la pareja en los asuntos sexuales, la ausencia de responsabilidad ante las obligaciones del hogar y la enfermedad de los progenitores, provoca la venida de hijos que después se convierten en víctimas del más lamentable abandono.

En muchos países la miseria de los padres y el trabajo inadecuado de la madre, sin existir leyes e instituciones que se ocupen de proteger en forma efectiva el cumplimiento de las obligaciones para con los hijos provocan el perjudicial abandono del menor —y no obstante que en algunas legislaciones se consignan

disposiciones tendientes a prevenir y castigar el delito de abandono, no existe en el campo de la realidad un interés bastante bien arraigado que se traduzca en la aplicación de normas efectivas que hagan palpables sus anhelos proteccionistas.

En nuestro mundo latinoamericano los hijos nacidos fuera del matrimonio constituyen el mayor número de candidatos a sopor-tar una vida desamparada, a veces hasta de sus más fundamenta-les necesidades.

### SUS CONSECUENCIAS.

En forma concreta diremos que el abandono material perju-dica la vida y salud del niño, pues como ya hemos expresado, éste se produce, generalmente en los recién nacidos.

El abandono material absoluto puede causar la muerte por ina-nición o un estado de debilitamiento físico que favorece la adqui-sición y desarrollo de graves enfermedades.

### CAUSAS DEL ABANDONO MORAL.

El abandono material con frecuencia trae consigo el abando-no moral, ya en forma total o parcial, tal el caso de los menores que se ven huérfanos de toda protección por ausencia absoluta de sus padres, por la miseria del hogar o la desorganización de la familia.

También, y a la inversa, a veces el abandono moral provoca el desorden material, ya en forma relativa o completa, así suce-de en familias desintegradas con taras ya de origen físico o psí-quico, u ocasionadas por la ignorancia. En ciertos casos la mala orientación que imprimen en su misión los padres, tutores y maes-tros, es la causa. Y aun más, aunque parezca imposible, se obser-van algunas víctimas del abandono en hijos de familias ricas, que en virtud de una "sobre-protección inhibidora y debilitante", fru-to de un mal encauzamiento inspirado en el noble deseo de pro-tección y ayuda, someten al menor a sufrir regímenes inapro-piados.

Es un hecho que a nadie escapa, que las condiciones en que viven los padres —tanto dentro como fuera del hogar— afectan directamente a la personalidad del menor.

El alcoholismo, la prostitución, los vicios y bajas pasiones que sufren los padres, influyen muy directamente en la formación de la conducta de los hijos. Ya lo ha dicho en forma muy elocuente el eminente Dr. Bauzá "el ambiente familiar en que vive el niño ejerce para el bien o para el mal una influencia preponderante y si bien es cierto que no todos los niños que viven en un ambien-te desorganizado o inmoral se contaminan y adquieren los vicios



que se desarrollan a su alrededor, pero el desajuste de la familia por desertión de uno de los cónyuges, por alcoholismo, por el juego o la miseria, ejercen una influencia malsana en la mente infantil fácilmente impresionable, con las consecuencias que pueden suponerse”.

La falta de autoridad paterna bien orientada, así como la de especial vigilancia en las horas libres o de recreación, redundan en directo perjuicio de los hijos. La conducta antisocial del menor —que algunos califican impropriamente de delincuencia juvenil, la prostitución de las menores, etc. tienen sus más hondas raíces en esa actitud deficiente de los padres.

Dice a este respecto el ya citado Dr. Escardó —quien ha hecho de su vida un apostolado a favor de la protección infantil— “el abandono moral consiste en un desamparo por falta de cumplimiento de obligaciones —se entiende por parte de los padres— exponiendo al niño a peligros materiales y especialmente morales”. Llegando, después de un concienzudo estudio a afirmar que la principal causa de abandono de los menores se debe a las desavenencias de los padres —cuando existen los dos, o de su mala conducta, cuando vive uno sólo; las otras dos causas son: la miseria y la enfermedad. A menudo estas tres causas se combinan.

#### SUS CONSECUENCIAS.

La vida del menor abandonado moralmente, de ordinario se desenvuelve en un ambiente de pobreza material y espiritual; su existencia está llena de privaciones, de anhelos y ambiciones frustradas, sufriendo continuamente al ver esfumarse dichas y alegrías a que tiene derecho y como consecuencia de esta indiferencia del ambiente, particularmente del formado por sus padres —personas que están directamente obligadas a asistirlos y comprenderlos, el menor, al compás de una protesta enfática o discreta— se va refugiando en un rencor latente, en un resentimiento progresivo que en muchas ocasiones culmina en odio profundo. Este odio, a su vez, engendra un afán insaciable de venganza. Es así como estos sujetos se van tornando crueles, violentos e insensibles ante el dolor ajeno.

Sus ideas de venganza no siempre se dirigen contra sus mismos progenitores o personas determinadas, sino en general contra la humanidad, contra esa humanidad que no supo comprenderlos y los desamparó cuando ellos más la necesitaban.

Después de un detenido estudio de los antecedentes de los más célebres criminales se ha encontrado que en el comienzo de sus vidas, allá en su lejana niñez, fueron seres buenos, sensibles y algunos hasta tímidos, pero el ambiente de incompreensión, la falta de una educación especial, el desamparo moral, la indiferen-

cia con que se les trató, el mal ejemplo de sus padres y la crueldad injustificada de que fueron inocentes víctimas, les cambió el carácter y sus buenos sentimientos... después con el tiempo —y como para darle salida al viejo y paciente rencor acumulado— amargo fruto de las penalidades de su espíritu —trataron— de cualquier manera de impartir una justicia nacida de su propio criterio enfermo.

Es fácil observar que los menores abandonados moralmente van perdiendo las cualidades de la obediencia, la disciplina, la responsabilidad; se alejan poco a poco de la escuela, liceo, taller, fábrica u ocupación y comienza entonces la vagancia, la ociosidad y muy pronto aparecen los vicios, las bajas pasiones y los actos antisociales; ellos encuentran el mal proceder como un camino obligado a que los empujó el destino, pues ha faltado la educación apropiada que enseña a refrenar los malos impulsos.

Esa legión de menores abandonados buscan como refugios las cantinas, los prostíbulos y todos aquellos ambientes perjudiciales a la salud moral; en ellos encuentran compañeros de infortunios, náufragos del mismo mar, así se van formando las bandas o cuadrillas de perturbadores y transgresores de las leyes penales.

No queremos afirmar que todos los menores moralmente abandonados deban seguir o sigan esta línea de conducta torcida, pero la regla general es que pocos se salvan de ella.

#### MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR EN CASO DE ABANDONO DEL MENOR.

No todos los casos de abandono son iguales y por lo tanto, las medidas que se deben tomar cambian.

Sin embargo —de manera general —se recomiendan dos: una en forma rápida, que se encamina a proteger al menor, y la otra, más despaciadamente, a estudiar la causa del abandono.

En algunos casos, una vez conocida la causa del abandono es posible eliminarla o subsanarla; así, arreglando las desavenencias matrimoniales, acrecentando sus entradas económicas, curando sus enfermedades, etc. es posible lograr la reintegración al seno del hogar del niño abandonado. Pues se debe tener muy en cuenta, que no todos los menores abandonados lo son por las mismas causas.

Cuando el abandono se presenta con apariencias de total y tomando en cuenta la importancia que encierra la responsabilidad de formar todo su futuro, se recomienda de manera muy especial, cerciorarse si realmente existe tal estado, pues los conflictos que pueden presentarse entre los padres verdaderos —que vuelven sobre sus pasos reclamando sus derechos— y los nuevos padres adoptivos —dan lugar a situaciones muy difíciles y doloro-

sas. El pobre niño confronta el dilema sentimental de: o unirse nuevamente a quienes está vinculado con la sangre (los padres naturales) o con aquellos que bondadosamente le han prodigado un nuevo hogar (vínculos del corazón).

Ante el abandono temporal deberá colocarse al menor —según sus condiciones —en familias o en instituciones.

En la mayoría de los casos deben colocarse en hogares sustitutos, pero tratando de conservar siempre el mayor contacto posible y conveniente con su familia natural. Pero en otros, ya por razones especiales: irregularidades de carácter, lisiados, etc. deberán internarse en establecimientos especiales, conservándose el mayor contacto posible con la familia y alimentando siempre la esperanza de que llegará el día en que sea reintegrado a su propio hogar, pues se debe conceder, a toda costa, la oportunidad de que cada niño pueda vivir rodeado del afecto, comprensión e indulgencia de sus padres.

Siempre, siempre como una norma general de conducta se recomienda que todas las medidas o resoluciones que se tomen en estos casos deben ser encaminadas hacia el bien del menor; por encima de todas las disposiciones, de todos los intereses, de los deseos o caprichos de los adultos y aun de los reglamentos, el bien favoreciendo al menor se impone.

#### LAS LEGISLACIONES MODERNAS ANTE EL PROBLEMA DEL ABANDONO DEL MENOR.

No todos los países se han preocupado con la misma intensidad por los problemas de la infancia; y no obstante el alto grado de desarrollo cultural y asistencial conquistados por algunos de ellos, de todas las medidas preventivas tomadas, siempre se producen casos de abandono del menor, causando el fracaso de una vida que además afecta perjudicialmente a la familia, la sociedad y la nación.

Digna de especial mención por su actitud proteccionista lo es la Gran Bretaña, donde el problema del niño abandonado en su totalidad ha sido bien encarado dentro de un Plan de Seguridad Social en el cual se reconocen y aseguran los medios materiales o asignaciones suficientes para garantizar a todo niño —hasta los 16 años y en algunos aspectos hasta los 21— ellos reciben ropas, alimentos, cuidados médicos, educación, instrucción, diversión etc. mediante aportes o contribuciones de la sociedad debidamente regulados por una legislación que va en pos de un desarrollo orgánico y mental de la persona hasta que pueda valerse por sí misma.

Programas de corte similar —inspirados en los mismos anhe-

los— se encuentran en algunos países del norte de Europa destacándose en forma especial Suecia, donde la organización y previsión social han alcanzado un nivel envidiable.

#### COMO ENCARA EL URUGUAY EL PROBLEMA DEL MENOR ABANDONADO.

Este país —pequeño por sus dimensiones materiales pero muy grande por sus proyecciones espirituales y sociales— marcha en nuestro continente latinoamericano con paso de vencedor en estas lides. Lejos estará tal vez de solucionar satisfactoriamente todos los múltiples y complejos problemas que se conjugan en la vida de su pueblo, pero nosotros los becarios de este Seminario de Protección a la Infancia que a lo largo de dos meses hemos visitado instituciones, observado actividades y convivido con su hospitalaria gente, somos testigos presenciales de su muy noble y fecundo esfuerzo a favor de los derechos del menor, cuyos frutos los está cosechando ahora la familia, la Sociedad y el Estado como un hermoso premio de sus recíprocos esfuerzos.

Tarea harto difícil es para nosotros detallar las múltiples actividades que se realizan: unas que llevan por finalidad socorrer directamente a la persona del menor abandonado y otras, con carácter más general, tienden a favorecer las condiciones de la familia desde su formación (examen prenupcial) para que no se produzca el abandono. Este amplio despliegue de actividades, es la expresión más genuina de un hondo concepto de democracia que palpita en gobernantes y gobernados.

Si bien es posible notar, al leer las disposiciones legales que han regido la vida de la República, que desde hace mucho tiempo se realizan esfuerzos a favor del menor, es imperioso hacer resaltar la aparición del Código del Niño en el año de 1934 —hecho que marca indiscutiblemente la más hermosa conquista lograda últimamente en la Vida Nacional.

Pero, antes de exponer algunos de sus magníficos conceptos, diremos de una manera general, que: la colocación familiar, la adopción, la legitimación, las asignaciones familiares, la protección alimentaria del menor, la enseñanza especial para deficientes físicos y mentales, las medidas contra las enfermedades infecciosas, las actividades de higiene mental y escolar, las de tribunales de menores, investigación de la paternidad, estadística vital, etc., son conquistas logradas no sólo en la formación de cuerpos de leyes sino que tienen una vida real en el terreno de los hechos que efectivamente protegen al niño uruguayo.

Y a continuación presentamos —como lo habíamos ofrecido— algunos artículos del Código del Niño para apreciar la bondad de



sus actividades, particularmente en lo relacionado con la protección del menor abandonado.

Art. 19. — El Consejo del Niño es la entidad dirigente de todo lo relativo a la vida y bienestar de los menores, desde su gestación hasta la mayoría de edad.

Art. 49. — El Consejo del Niño, para mejor realización de sus cometidos, organizará las siguientes divisiones técnicas, que podrán ser aumentadas o refundidas, asignándoles las funciones que considere oportuno, sea en forma permanente o accidental:

Prenatal.

Primera Infancia (hasta los 3 años).

Segunda Infancia (hasta los 14 años).

Adolescencia y Trabajo (hasta los 21 años).

Higiene.

Educación.

Servicio Social.

Jurídica.

Art. 79. — El Consejo del Niño, sea directamente o por intermedio de los Comités Departamentales o locales, tendrá a su cargo la organización, funcionamiento y contralor de los establecimientos y servicios destinados a atender las siguientes necesidades:

- a) Asistencia de la mujer embarazada.
- b) Asistencia de la madre y al recién nacido.
- c) Asistencia a la madre soltera, desde los puntos de vista material, legal y moral.
- d) Asistencia del lactante y del niño pequeño.
- e) Asistencia de los niños enfermos, anormales, etc.
- f) Asistencia y educación del niño en edad pre-escolar, escolar y liceal.
- g) Asistencia y protección de los niños abandonados hasta la mayoría de edad.
- h) Asistencia y protección de los niños en falta social hasta la mayoría de edad.
- i) Asistencia y protección al menor y a la madre que trabajen.

Art. 89. — El Consejo del Niño tratará de estimular, favorecer y proponer la creación de obras de protección al niño, sean públicas o privadas, estableciendo la debida correlación entre ellas.

Entre las disposiciones concretas relacionadas a los menores abandonados moral o materialmente, se consignan las siguientes:

Art. 119. — Los menores de 18 años de edad que cometan delitos o faltas y los menores de 21 años que se encuentren en estado de abandono moral o material, serán puestos a disposición del

Juez Letrado de Menores quien previa la investigación sumaria del caso, dictará sentencia sometiendo al regimen de vigilancia y protección, de acuerdo con las disposiciones de esta ley.

Art. 121. — A los efectos del Art. 119 se entenderá por abandono moral, la incitación por los padres, tutores o guardadores a la ejecución por parte del menor, de actos perjudiciales a su salud física o moral; la mendicidad o la vagancia por parte del menor, su frecuentación a sitios inmorales o de juego o con gente viciosa o de mal vivir. Estarán comprendidos en el mismo caso las mujeres de 18 años de edad y los hombres menores de 16 que vendan periódicos, revistas u objetos de cualquier clase en calles o en lugares públicos, o ejerzan en esos sitios cualquier oficio, y los que sean ocupados en oficios perjudiciales a la salud o a la moral.

Art. 226. — Se prohíbe a los menores de 18 años, todo trabajo que perjudique su salud, su vida o su moralidad, etc.

Art. 244. — Ningún menor de 16 años ni ninguna mujer soltera menor de 18 años, podrá ejercer ocupación alguna que se realice en las calles, plazas o lugares públicos, bajo la pena de ser detenido y juzgado como abandonado, etc.

Y, para finalizar, diremos que las múltiples y benéficas actividades del Consejo del Niño, robustecidas en forma amplia y efectiva por la sociedad uruguaya, están dando feliz solución al difícil problema del niño abandonado y que, por supuesto —esta actitud profundamente humana y altamente patriótica, es digna de imitarse y rendirle nuestra sincera felicitación.

## CONCLUSIONES.

De lo anteriormente expuesto llegamos a las siguientes:

- 1º El abandono del menor es un hecho que desgraciadamente sucede en todos los países.
- 2º Dicho abandono puede ser: moral y material, pero a menudo van juntos.
- 3º Las medidas en caso de abandono pueden ser de dos clases: protección inmediata del menor y estudio de sus circunstancias para darle feliz solución al problema.
- 4º El matrimonio, la legitimación, la adopción, la investigación de la paternidad, así como las disposiciones tendientes a favorecer a los hijos naturales, tratan de impedir que se suceda el abandono del menor.
- 5º La enseñanza gratuita y especializada, los comedores escolares, etc. protegen al niño.
- 6º Las leyes de protección del trabajo, las guarderías, las pensio-

nes, jubilaciones, asignaciones familiares etc. son favorables para mantener la unidad de la familia.

- 7º La fundación de centros de recreación y de clubes deportivos permiten que se inviertan adecuadamente las horas libres.
- 8º El contralor de la conducta del menor —tanto por parte de la familia, como de las autoridades— prohibiendo la asistencia a centros de corrupción: cantinas, billares, prostíbulos, a películas inmorales o la lectura de obras obscenas, constituye una valiosa defensa del correcto desarrollo del menor, evitando por consiguiente, su abandono, particularmente el moral.
- 9º Por lo general, toda medida tendiente a asegurar la estabilidad de la familia, favorece al menor y previene su abandono.

Se recomienda que, tanto la familia como la sociedad y el Estado deben considerar muy seriamente el problema del menor abandonado e incorporar, y darle cumplimiento, a todas aquellas medidas, que como las anteriormente expuestas, previenen y favorecen la suerte del menor.

## EDUCACION SANITARIA DEL NIÑO

Por la señorita Isis Porras

(Nicaragua)

La protección al niño comprende la del ser humano desde antes de su nacimiento, en la forma más amplia, moderna y científica, abarcando la parte médica, social y moral. El Ministerio de Salud Pública tiene un doble interés: demográfico y social en estimular la natalidad y reducir al máximo la natimortalidad y la mortalidad infantil, defendiendo de este modo al niño.

Influyen de una manera directa en la vida del niño:

- a) El pasado y presente biológico de los seres generadores
- b) las alteraciones psico-fisiológicas desenvueltas en la niñez.
- c) el medio social de actuación
- d) el clima moral de la formación del sujeto
- e) el medio físico o climatológico del lugar habitado
- f) la alimentación
- g) la cultura
- h) las perturbaciones endócrinas.

Todo niño debería nacer en un hogar bien constituido y permanente y crecer rodeado de cariño y disciplina.

Hemos trabajado para disminuir la morbilidad y la mortali-

dad infantil, siendo bien conocidos los resultados favorables de la lucha.

La protección y asistencia a la maternidad y a la infancia, constituye hoy en el mundo civilizado, una de las preocupaciones primordiales de los hombres de gobierno y de los higienistas. Comparem's la cifra de mortalidad infantil entre los países y así como resultan timbres de honor para unos, constituyen verdaderos signos de atraso para otros. Tenemos para las futuras madres, Clínicas Materno-Infantiles para la atención de las mujeres embarazadas, y hemos logrado una asistencia bastante considerable; por doquier tenemos clínicas de esa índole y en ellas se atiende también al hijo hasta que entra en la edad escolar. El objeto que ante todo se persigue es educativo, tanto en lo que se refiere a la madre como a su hijo.

Si Higiene es el conjunto de preceptos para mantener la salud completamente en buen estado, Sanidad será la parte que vigila el buen funcionamiento y el cumplimiento de los preceptos de Higiene. La Educación Sanitaria es la suma de todas las experiencias con el objeto de formar hábitos higiénicos, en bien de cada uno en particular y de todos en general.

Se cree muchas veces que la Escuela soluciona el problema y que aquí se hace todo, pero no es así porque para llevar a efecto la Educación Higiénico-Sanitaria hay tres etapas principales que son:

19) Alimentación, vacunación, examen médico periódico, instrucción a los padres para educar a sus hijos. La educación del niño exige padres que posean un mínimo de interpretación psicológica de la infancia y maestros que sepan considerar al máximo el desenvolvimiento de la salud física y psíquica del niño, que aprecien y estimulen sus naturales iniciativas, permitiéndoles si es posible, una orientación vocacional.

29) La Educación Sanitaria impartida en la escuela debe ser complementada por el hogar, desde que principie el niño a ser escolar o preescolar en jardines de infantes; por ésto decimos que necesitamos padres que actúen de acuerdo con los médicos, los maestros, etc. Es también conveniente hacer propaganda por medio de publicaciones y de toda clase de material audiovisual.

Se necesitan también visitadoras sanitarias, educadoras y médicos, así como trabajadoras sociales.

**El médico escolar.** Hasta hace algún tiempo el médico escolar llenaba su función empíricamente, como simple consejero; su acción se concretaba a algunas reglas de profilaxis general de las enfermedades y a expedir certificados de admisibilidad de maestros y de alumnos.

La característica de la evolución en la Pedagogía Moderna se



debe —en parte— a la intervención directa del médico en la escuela y en la familia, examinando al niño en su constitución física, intelectual y patológica. La función del médico tiene un papel de trascendencia considerable en la profilaxis social, llamando la atención sobre los inconvenientes que presenta la organización actual del régimen escolar para los niños y jóvenes en vías de desarrollo.

Por medio de la inspección individual de casos seleccionados, el médico garantiza a la Escuela la no propagación de enfermedades contagiosas al detener su desarrollo, controlar los servicios de limpieza, aereación, luz del edificio, pues su trabajo debe reunir tres cualidades: de médico, de higienista y de pedagogo.

La clase de higiene constituye un medio de educar, siempre que sea en forma práctica, debiendo el médico adaptarse al vocabulario del niño, para lo cual necesita también dos requisitos: además de conocimientos científicos, algunos pedagógicos de aplicación práctica, porque el niño debe “aprender, haciendo” es decir que el niño debe tomar parte en lo que se efectúe en la escuela, pues así el niño llevará lo aprendido a su hogar y obtendremos en esa forma una unión indirecta entre la escuela y el hogar.

El examen del niño escolar en la escuela debe hacerse en presencia de los padres de familia, porque además de la importancia de su presencia por los datos que suministran para el historial del niño, es una gran oportunidad para influir en la educación de los padres. La mayoría de los padres tiene la idea de que el objeto de Sanidad Escolar “es curar” y que por tanto la Educación Sanitaria de la escuela es para curar a los alumnos enfermos; el doble propósito nuestro al hacer que el padre presencie el examen del niño en la escuela, responde al deseo de que el padre vea que nuestro interés busca el mayor aprovechamiento normal de su hijo, que nuestro objeto es prevenir y corregir defectos, enfermedades, etc. que pueden perjudicar la salud del niño; obteniendo así la valiosa colaboración de los padres y al mismo tiempo logrando que ellos lleguen a la convicción que “sanidad previene enfermedades” y que curar corresponde a clínicas, hospitales y dependencias de Asistencia Social.

La escuela puede hacer parte de su trabajo por medio de publicaciones (carteles, folletos, etc.) bien adaptados en su expresión literaria. Para su mayor eficacia éstos deben llevar en sus hojas muchas y variadas ilustraciones, pues de lo contrario la lectura resulta árida para los niños.

Después de investigaciones se ha llegado a la conclusión que para la enseñanza con proyecciones luminosas es mejor emplear el filmstrip comentado por el maestro, que es la persona más in-

dicada pedagógicamente para explicar a los alumnos las proyecciones, dándoles vida; no hay que creer que el cine puede enseñarlo todo; además se deben seleccionar las películas, proyectando buenas películas o nada.

Es necesario que el niño "aprenda, haciendo", pero para ello necesitamos crear en él la aptitud y facilitarle los medios para su desarrollo, dándole material didáctico de acuerdo con la zona, etc. etc.; no conviene emplear el mismo material, lenguaje y elementos para todos.

En Nicaragua tenemos:

#### LA CUNA Y SALA DE PEDIATRIA DE ASISTENCIA SOCIAL.

A la madre se le da el día que debe venir a la clínica con el niño; después se la cita para la siguiente visita y si no concurre, la visitadora sanitaria le va a hacer una visita a su casa, para saber por qué faltó, y aprovecha también para darle consejos de higiene.

En la sala de Pediatría del Hospital se atiende a niños de todas las edades y de diferentes afecciones; la misma está atendida por cinco médicos y por enfermeras del tercer año de estudios que están haciendo su práctica; éstas están supervisadas por una religiosa y una enfermera graduada. Se hace la visita de la mañana y por la tarde de los niños hospitalizados en la clínica; se ve al niño y a su récord.

Se permite que la madre los visite día por medio; hay en la clínica un patio pequeño destinado a los niños que pueden levantarse y jugar; hay también un pequeño comedor para los niños que pueden levantarse a hacer sus comidas.

La Sala tiene todo el equipo necesario para la atención de los niños y camas para cada uno.

De las 7 a las 8  $\frac{1}{2}$  se hace el aseo de todos los niños, baños, etc. Después se realiza la visita del médico, quien indica el tratamiento, según el caso, tratándose que todos los doctores se reúnan de 7 a 10 para ver los distintos casos; quedan siempre internos que atienden todo el día la vigilancia de los niños.

El récord del niño enfermo se anota en dos tarjetas: una está en la sala y la otra en el archivo de los doctores.

La Liga de la Mujer Nicaragüense, da una importante ayuda a la Sala de Pediatría, con camas, ropas, medicinas, etc.

En sala-cunas del hospital se encuentran los niños que acaban de nacer, mientras la madre permanece internada. Hay también incubadoras para niños prematuros.

**Sanidad Infantil.** Las tarjetas están clasificadas por orden de zonas, años y alfabético. El número del niño es el mismo que el que la madre tiene en su récord de prenatal. Los niños pasan primero a consulta con enfermeras que están bien adiestradas, que le hacen a la madre una serie de preguntas cuando se trata de

H.I., y hasta le preguntan a los niños cuando se trata de pre-escolares. Al niño se pesa, se le toma la temperatura y talla, se pregunta a la madre sobre el horario del alimento del niño y se le da consejo s sobre la manera más sana y adecuada de dar el alimento al niño; pasan después a consulta con el doctor, que les hace el examen correspondiente. En caso de enfermedad, se les da receta y se les preparan medicinas en el dispensario médico gratuito. Se vacuna contra la difteria, y fiebre amarilla.

**Sala Cuna de Maternidad.** En una se aceptan niños de un día de nacidos hasta un mes; es aquí donde están los recién nacidos. Prematuros, se les da lo necesario para que recuperen su estado normal. Están aparte los niños que padecen de alguna enfermedad infecto-contagiosa. Se vacunan con B.C.G.; hay por el momento 32 cunas.

Las estudiantes de enfermeras del último año hacen sus prácticas también en esta sala; las demás están repartidas haciendo su práctica en todas las salas.

**La Clínica Materno Infantil.** Lunes. En la entrada de la clínica hay una enfermera que da un número y las tarjetas; las citas llevan a la derecha este número que es el del récord. La consulta la efectúan con una enfermera que está preparada para ello; se les da pláticas a las futuras madres; cada vez que llegan se les da orden para examen de orina, al principio y al 6º mes, examen de sangre y heces; se les da pláticas para enseñarles a hacer la ropita del tierno y la manera de hacerlo andar, ésto se hace con un muñeco del tamaño de un niño. Se les da durante los 9 meses consejos por escrito y por la carta mensual según el mes, 1º, 2º, 3º; se les da conferencia y luego se les reparte conforme al mes del embarazo, después pasan a consulta del médico, y éste les hace el examen físico y si lo cree conveniente de fluoroscopia, Neyser, etc. Se les pone la Vacuna antitetánica, una cada mes. El récord de la madre tiene un espacio para anotar la fecha cuando el niño nace.

## EL SERVICIO MEDICO ESCOLAR.

El Servicio Médico escolar se desarrolla en Nicaragua íntimamente ligado con el Ministerio de Educación Pública, del que se obtiene el permiso y convenio para el trabajo en las escuelas.

Después de celebrar convenio entre el Ministerio de Educación Pública y Salubridad, se realizan reuniones de maestros en cada departamento donde existe el Servicio Médico Escolar; se les pone un texto para darnos mejor cuenta de los maestros que tienen más deseo y buena voluntad para trabajar con S.M.E. En cada centro de Salud de los departamentos y en el Ministerio de

Salubridad, para facilitar el trabajo del maestro, se les dan cursos de educación sanitaria.

Ya en el campo de la escuela, hacemos antes de principiar el trabajo, reuniones con padres de familia, maestros, médicos, enfermeras escolares y educadores.

Principiamos el examen del niño, por los casos especiales seleccionados por el maestro. Todo se lleva anotado en una ficha, se manda al niño a consultar al especialista, (dentista, etc., etc.) y todo se apunta en la ficha, para lo cual se necesita urgentemente la presencia del padre de familia, en el examen del niño, tanto para el historial como por el interés que en ellos despierta.

Pocos meses antes de finalizar el año escolar se hace revisión de la tarjeta para valorarse el objetivo del S.M.E., en caso que no se haya podido corregir cualquier defecto; entonces se estudian el por qué de ello, haciendo visitas al padre o encargado de la educación del niño.

## CONCLUSIONES:

Así, con la fiel vigilancia que Sanidad hace de la higiene del niño muy pronto tendremos:

**Niños limpios:** aseados el cuerpo, la ropa, todos sus objetos; que no fume, ni tome bebidas alcohólicas, que informen los propios malestares a sus padres, que se interesen por vacunarse, etc.

**Alegres:** que actúen siempre con buen humor, rían sin burlarse de nadie, practicando juegos honestos con compañeros de su edad.

**Afectuosos:** que quieren a sus padres, maestros, al médico, hermanos, compañeros, que procuran conquistar la simpatía de las personas con quienes tratan, y respetan y son compasivos con los animales.

**Respetuosos:** tratar con respeto a los mayores especialmente a los ancianos y a los inválidos, y a aquellos que cumplen una función útil a la sociedad.

**Franco:** que no mientan ni oculten la verdad, que reconozcan los propios errores, dispuestos siempre a mejorar su conducta.

**Decididos:** que muestren ánimo para todo lo bueno, sin atropellar, ni provocar a nadie.

**Estudiosos:** que aprendan todo lo que tienen que aprender, ya sea una lección, un oficio, un juego.

Que sean hábiles, saber vencer los obstáculos, eliminar las torpezas, arreglar desperfectos, hacer las propias cosas con ingenio.

Que sean justos, defiendan las causas justas, y reprueben las injusticias, que amparen a las víctimas, sin olvidar la prudencia.

Que sean patriotas, que trabajen y luchen con amor en el pro-



pio país, que sean solidarios con las personas que les rodean, pero siempre pensando en la Humanidad.

Obteniendo al fin un niño sano, honesto, capaz.

## BECARIOS DE LAS NACIONES UNIDAS

### LA PREVENCIÓN DE FALTAS ANTISOCIALES Y UN SERVICIO MORAL TUTELAR Y JUVENIL

Por el profesor y oficial de carabineros José Luis Castro Avila  
(Bolivia)

Al abrir este tema con un pequeño estudio, un aleteo sobre esta operación casi sin solución, voy a analizar con sinceridad algunos puntos amargos que tenemos todos, que apenas presentarlo mucho en la forma real que he de tener que hacer, pero que es necesario dar a conocer los puntos débiles que las sociedades más avanzadas tienen que lamentarlas. Ya sea en el caso de una nación con población relegada como el de Bolivia o de otras naciones, nadie puede referirse al problema del Niño sin antes hablar del indio, por esta razón siempre voy a asociar asuntos relacionados con el indio y con el Niño, para hacer ver las dificultades sociales que son más difíciles de resolver que en otras naciones, por encontrarse en una área de una vida compleja.

Antes, me veo en la necesidad de aclarar que voy a usar la palabra indio —ya que hay diversidad de interpretaciones— denominando al ser humano con cierto atraso social sin discriminar y diferenciar la raza, que toma relación y contacto directo con la sociedad y por consiguiente con la civilización, pero en inferioridad de condiciones.

Así mismo hago notar, si bien se trata de estudiar una terminología nueva para calificar la conducta irregular del Niño y las instituciones que conocen sus problemas, uno se ve forzado a citar la nomenclatura anterior ya que actualmente es de uso común en los países latinoamericanos, claro lo ideal sería cumplir con las recomendaciones del Instituto I.A. de P. a la I., que son: de escribir la palabra Niño con mayúscula en su letra inicial, que se cambien las denominaciones tales como tribunales y juzgados de menores, delincuencia infantil, asilos, etc. por audiencia tutelar de menores, niños de conducta irregular, etc.

El precursor de la asistencia encarnada a la sociedad de la América Dr. Luis Morquio, cuyo nombre en lo social y en la actualidad equivale a decir asistencia a la unidad social, el Niño y la madre, el hombre a quien la sensibilidad humana rebasaba las fronteras de su Patria al haberse extendido a estudiar problemas

del Niño Indio Americano, juntamente con la gran Eglantyne Jebb fundadora de la Union Internationale de Secours aux Enfants, se preocupó buscando el medio práctico para conjurar los males y dar beneficios al Niño del Medio Rural. El esforzado e incansable maestro Emilio Fournié en un resumen interesante, hace un inteligente estudio sobre la vida escolar, vida económica y vida social del indio de las Américas.

Toda actividad del hombre por el bien es un hecho que coadyuva a la prevención de la delincuencia y toda actividad inclinada hacia el mal, lo cultiva, prepara el delito y auspicia presentando un desequilibrio social para su ejecución. Así vemos que la prevención de la delincuencia es un campo amplio, vasto y con dificultades que el más eximio sociólogo, jurista, médico, pedagogo u otro profesional puede decir la última palabra, pero sí, se puede afirmar que el Trabajo sobre Administración de Protección a la Infancia es el cimiento donde se edifica el Edificio de la Prevención de la Delincuencia.

Antes de seguir adelante, nuevamente, tratando de investigar una denominación adecuada en cuanto a las instituciones que se dedican a la prevención y la terapéutica de las actividades antijurídicas y antisociales del menor por los diferentes términos que aún se usan sin propiedad me voy a detener en lo que dice la Enciclopedia Sopena en su nuevo diccionario acerca de las siguientes acepciones.

**Policía.** (del latín *politia*, y éste del griego *politela*) f. Orden público y seguridad de los ciudadanos, merced al cumplimiento de las leyes, ordenanzas establecidas para el mejor gobierno del país. Cuerpo encargado de vigilar por el mantenimiento del orden público y la seguridad de los ciudadanos... Cortesía, urbanidad, buena crianza. Limpieza, aseo.

**Moral.** (del latín *morālis*). adj. Perteneciente a la moral, o concerniente a ella. Que no puede ser apreciado por los sentidos sino por el entendimiento o por la conciencia. Ciencia que trata del bien y la bondad o malicia de las acciones humanas. Conjunto de facultades del espíritu. Acad.

**Tutelar.** (del latín *tutelāris*). adj. Que ampara, protege o defiende. For. Perteneciente o relativo a la tutela al menor que carecía de ella. Acad.

**Juvenil.** (del Lat. *Juvenilis*). adj. Perteneciente o relativo a la juventud. Entusiasmo juvenil.

En los últimos tiempos la palabra policía ha adquirido tal importancia en lo social que significa organización, estructuración, constitución de un conjunto de servicios para el "arreglo" u "orden social" cuya misión es asegurar la "salud", la "vida" y la "propiEDAD" y a afirmar la seguridad pública, la higiene social, etc.

Que después en la materia relacionada con el Niño llega a la especialización de una policía nacida de la sociedad y para la sociedad, que atiende al binomio, madre e hijo, haciendo ver la necesidad de organizar esta institución con funciones específicas el Código de la Familia de Francia a base de las policías juveniles y tutelares.

Conjuncionando los cuatro conceptos anteriores tenemos POLICIA, MORAL TUTELAR Y JUVENIL, que tal vez sería el nombre adecuado de la organización llamada a prevenir los peligros que pudieran perturbar la convivencia ordenada de las familias, a preservarlos y a reafirmar los proclamados Derechos del Niño, tomando la estructura de una institución, por la naturaleza de sus funciones, encargada de la profilaxis social, de una policía preventiva que controle la conducta del menor y que sea el auxiliar precioso al servicio de los actuales tribunales y juzgados de menores (audiencia tutelar de menores) que sin estos servicios serían el cerebro sin tronco, sin brazos ni pies, ni sentidos. También será un medio ejecutivo tanto en el descubrimiento y averiguación como también en los realizados por los adultos en perjuicio del menor, adquiriendo una forma de una "Policía de costumbres" "cuya acción continua será un freno social, que detenga y desvíe la inclinación al delito, en aquellos menores cuyos hogares desorganizados o miserables, no tienen ni los medios ni los estímulos capaces de sustraerlos de los peligros que los acechan".

La evolución de las sociedades y su remozamiento ha hecho ver a los estados la necesidad de brindar al Niño, de este conjunto de asistencia organizada científica y técnicamente, de acuerdo a su personalidad bio-psico-sociológica ya que en varios países tiene auditores propios y especializados siendo también propia la existencia de su policía. Estados Unidos de Norte América habiéndose colocado en la vanguardia en las Américas en cuanto a estas agrupaciones, es digna de que sea ejemplo para las naciones de un verdadero arraigo democrático para la seguridad y la reafirmación de sus enunciados. Toca mencionarse de que en la misma nación profesionales de reconocida capacidad, como abogados y otros, previo examen de aptitudes, se inician como funcionarios rasos tanto en la policía administrativa como en la policía judicial para seguir ganando jerarquía.

En la policía común hay ausencia de un sentido social de acuerdo a los problemas que genera el Niño, por sus funciones recargadas, que hace ver la imperiosa y urgente necesidad de organizar una policía técnica que responda a las necesidades de una asistencia social. Esto no quiere decir siempre que la policía común no haya cumplido con sus funciones sino que escapan a la atención

de las policías más ponderadas y prestigiadas los problemas del Niño.

Intercalo un breve comentario sobre uno de los tópicos tratados en uno de los congresos, últimamente realizado. Se estudió la edad límite a base de una edad cronológica para la imputabilidad del delito, para establecer la responsabilidad penal partiendo de los 18 años, pero sobre este punto habría que dialogar con un médico que seguramente sustentará la edad biológica; con abogado la edad cronológica; con un maestro o psicólogo, quien dirá algo sobre la edad mental, el cociente y coeficiente mental, y un sociólogo sobre la edad social. Cuál de estas edades se tomaría con mayor razón como un punto de partida para la imputabilidad? La respuesta dejo para el lector.

## I PROBLEMAS SOCIALES EN BOLIVIA.

La estructura social en Bolivia comienza con el blanco o el hombre civilizado con menor porcentaje, seguido por una escala o gama social (mestizaje) hasta llegar al indio, que en su mayoría los últimos no saben leer ni escribir, hablan idiomas nativos de acuerdo a la circunscripción a que pertenecen y son de mayor porcentaje.

Al nacer como república Bolivia, nuestros legisladores, tal vez, con una visión optimista de que el indio se hubiese incorporado fácilmente a la civilización en un tiempo corto, nos legaron una legislación que regula las relaciones de entes civilizados, legislación muy avanzada para su tiempo y que mereció la consulta para sus codificaciones de varias naciones. Este caso no sólo se presenta en Bolivia sino en otras naciones con ligeras diferencias como el Perú, Ecuador, Colombia, México y varias naciones más.

Si bien mi Patria ha sido partícipe de todas las inquietudes del mundo, en el período que el Niño llama la atención como sujeto de derecho, en cuanto a las legislaciones de la familia y de menores, pero no ha hecho realidad sus aspiraciones posiblemente por la vida agitada a que ha estado sujeta, atrasándose el ajuste de nuestras legislaciones, siendo así que apenas existen leyes y disposiciones generales sobre el Niño y que su codificación es de una sentida necesidad.

En los estudios acerca de una legislación para indios en Bolivia, haciendo un estudio más cabal sobre la responsabilidad y de romper la métrica penal de forma muy legalista, rígida y formalista, los Drs. Julio Salmón, ex-rector de la Universidad de Santa Cruz y José Medrano Ossio, catedrático de la Universidad de Potosí, han hecho estudios medulares en lo relacionado a la reforma del Código Penal, llegando el primero a elaborar, en una obra



denominada el Proyecto del Código Penal Boliviano, una solución que requiere un conjunto de medios coordinados y realmente eficaces, y el segundo tiene un interesante trabajo sobre la responsabilidad penal de los indígenas, que fué llevado ante el Segundo Congreso Latinoamericano de Criminología, del año 1941, estudio con bastante conocimiento del tema y de la realidad nacional, haciendo un análisis sobre la tipicidad, características y originalidad con que cometen sus delitos. Tanto en el Primer Congreso Indigenista Interamericano celebrado en Pátzcuaro (México) como el Segundo Congreso Latinoamericano de Criminología reunido en Chile, recomiendan solucionar: 1º) con medidas protectoras y 2º) con el arbitrio judicial racionalmente aplicado.

Aquí, recuerdo a un profesor, médico, del Seminario de A. de T. sobre protección a la infancia que dijo algo así: "El buen sentido común está por encima de las leyes, porque el legislador pensó precisamente en dar una medida jurídica para el bien y que seguramente no pensó nunca en afectar o dañar a un sujeto".

En cuanto a la legislación de menores la Dra. Josefa Saavedra, profesora de Derecho Romano en la Universidad de La Paz, ha consagrado su vida para dotar de una legislación de menores que responda a las necesidades nacionales y esté a la altura de las actuales corrientes sociales. Hace cierto tiempo presentó un interesante y acertado Proyecto de un Código de Menores al Poder Legislativo y en la actualidad ha organizado y dirige un Instituto de Legislación de Menores como Primer Instituto de Extensión Universitaria, que no sólo trata de dar una solución doctrinal sino el estudio de problemas psicológicos, morales, familiares, civiles, penales y de trabajo relativos al menor de edad, puesto ya que la legislación para mayores de edad es complicada necesita aún más un sereno estudio por aumentar de complejidad nuestro medio social y jurídico la diversidad de problemas por la presencia del indio. También el Instituto bajo su entusiasta dirección se aboca al entrenamiento por equipos, a base de un trabajo asociado, de profesionales que intervienen en la vida del Niño.

Entre los factores locales que influyen para la conducta irregular del Niño son:

1º El éxodo especialmente del sexo masculino al extranjero en vista de que se paga o se da mayor precio a la mano de obra del boliviano, que generalmente consume todas sus energías y regresa a la Patria como una carga social. Aun más es peor la situación cuando generalmente dejan su sagrado puesto de jefes de familia al abandono y que sola la madre no puede prodigarles de una protección completa a sus hijos.

2º La tendencia de condensarse y centralizarse en la capital

y en las ciudades, que muchas veces son consecuencia de una defectuosa educación fundamental (rural).

39 A las consecuencias de los puntos anteriores se suman, su ambiente del hombre de acuerdo a su procedencia, el abandono moral y material, su vida afectiva, trabajos prematuros, cierta inclinación hacia lo defectuoso, etc.

## II POSIBLES BASES PARA LA ORGANIZACION DE UNA POLICIA MORAL TUTELAR Y JUVENIL.

"LA SOLVENCIA MORAL Y PROFESIONAL LLEVADA A LA PERFECCION MAS EL TACTO, LA PRUDENCIA, LA PACIENCIA Y LA PERSEVERANCIA SERAN LAS VIRTUDES PARA UN VERDADERO MIEMBRO DE LA POLICIA MORAL TUTELAR Y JUVENIL".

### 1. — Acción preventiva y moral.

A) Profilaxia de los focos de infección social.

B) Prevención de la comisión de las faltas antijurídicas, antisociales y el abandono moral y material del Niño llevando a la práctica métodos y sistemas técnicos y científicos.

C) Prohibición de la concurrencia de menores a los centros de diversión que constituyen un peligro moral.

D) Controlar los espectáculos nocivos a la salud física y moral de los niños.

E) Controlar las casas de pensión y otras incubadoras de vicios sociales y del proxenetismo. Evitar la existencia de víctimas de la prostitución.

F) Controlar las actividades de las meretrices de edad avanzada.

G) Vigilar evitando actitudes indecorosas, la mendicidad, la vagancia, el juego y controlar la asistencia escolar.

H) Control de los oficios perjudiciales para la salud de los niños.

I) Enseñar el respeto a las autoridades, a sus padres, maestros, etc. porque si se admite la adversidad a estas personas no se les puede exigir tampoco el cumplimiento de sus deberes.

### 2. — Acción protectora y tutelar.

A) Reprimir el arraigado vicio del aborto criminal.

B) Llevar las estadísticas de la maternidad y la mortalidad infantil.

C) Protección a la familia.

D) Servicio social: colaboración en la identificación, probación, libertad bajo palabra y otros; colaboración en la investigación de los antecedentes en los casos de menores descarriados.

E) Velar por el estricto cumplimiento de las leyes, decretos, edictos y ordenanzas pertinentes al menor.

F) Protección y asistencia al menor abandonado material y moralmente o en peligro social.

G) Denunciar a las autoridades las transgresiones de los deberes de patria potestad, tutela y guarda de menores.

H) Facilitar en la atención de los servicios públicos (asistencia médica, social, educacional, etc.).

I) Protección de las actividades de los niños en los centros de recreación.

J) Organización de clubes agrarios y de trabajo o manuales orientados a preparar del Niño un hombre para la lucha honrada por la vida.

K) Proteger y asistir a las agrupaciones de los niños (clubes infantiles, patrullas juveniles, boy scouts, sports, campos de vacaciones y diversiones inocentes).

L) Fiscalizar las instituciones donde se hacen tratamiento a menores de difícil conducta, con el propósito de controlar en la recuperación y la readaptación.

Ll) Velar por la protección de las familias desvalidas y aquellas bien constituidas cuidando que no se derrumben a causa de un desequilibrio cualquiera a consecuencia de una falla social y atacar sus causas resguardando la estabilidad de la familia y su firme constitución.

M) Denunciar en caso de un mal empleo de fondos recibidos como primas de nacimiento, asignaciones familiares, subsidios familiares y otros similares.

N) Colaborar en la adopción, la legitimación adoptiva, la tutela del hijo natural y la guarda de menores.

O) Cooperación a las clínicas de conducta.

### 3. Acción ejecutiva, represiva y juvenil.

Esta tercera etapa sería necesaria denominarla así porque la acción ejecutiva y represiva será para elementos que intervienen en perjuicio del menor, para los que quiebren la moral del Niño, donde en forma relativa estarían comprendidos algunos jóvenes de más de dieciocho años de edad pero de muy difícil conducta y que ya hayan tenido un desarrollo físico, psíquico y social normales, de aquí el nombre juvenil ya que en un último congreso establecen la diferencia entre el menor delincuente y el delincuente menor.

A) Vigilar el cumplimiento de las obligaciones de los padres, tutores y guardadores.

B) Represión de la delincuencia de mayores cuando el Niño sea víctima de complicidad.

C) Medidas disciplinarias para jóvenes de difícil conducta y siempre cuando cuya personalidad exija esta clase de tratamiento.

D) Cooperación a la lucha contra el tráfico de sustancias tóxicas y lucha contra el alcoholismo, especialmente contra las bebidas falsificadas que también pueden ser tóxicas (contempla el Código de la Familia de Francia).

(Hay algunos apuntes de la "Policía Juvenil" por José L. Araya).

### III LA PREVENCIÓN DE LAS FALTAS ANTISOCIALES EN EL URUGUAY.

La República Oriental del Uruguay nación joven que se supera, se renueva y se destaca tuvo la suerte de cobijar a hijos de la altura social del pediatra y maestro Luis Morquilo.

A sus discípulos:

Que son incansables luchadores por el bienestar social, que así defienden sus postulados "Y la legislación debió marchar por esta nueva senda que se presentaba áspera, ya que debía vencer prejuicios muy arraigados y contrarrestar la influencia característica del egoísmo humano, tan inclinado a aprovechar de todas las ventajas y gozar de todos los placeres, sin reconocer el freno de la obligación moral y la imposición de los más elementales principios de la caridad y la justicia social". Palabras del Dr. Roberto Berro.

El Dr. José F. Arias, el que brindó la oportunidad de tener un oficio a los menores en situación social difícil estableciendo la Universidad del Trabajo y el Liceo Nocturno, este último que llena una de las principales necesidades de instruirse a los imposibilitados de estudiar en las horas regulares.

El Dr. Julio Bauzá gran maestro de la Pediatría, el Dr. Víctor Escardó y Anaya, caracterizado Director Ejecutivo del Seminario de Trabajo por su espíritu abierto a todas las solicitudes de protección a la infancia, su agilidad mental y que en sus actividades inyecta una energía juvenil, y otros ilustres servidores a la sociedad.

En la prevención de las faltas antisociales concurren todas las instituciones en forma directa e indirecta, sólo citaré a las principales que concurren en forma directa.

1. La labor médica del Uruguay.
2. Poder Judicial.

Cortes, tribunales y juzgados para mayores y menores de edad. La Defensoría de Menores.



3. Poder Ejecutivo.
  - A) Policía común.
  - B) Consejo del Niño.
  - C) Servicio Social.
  - D) Dirección General de los Centros de Recreación.
  - E) Movimiento de la Juventud Agraria.
  - F) Universidad del Trabajo.
  - G) La Obra Privada.
  - H) Establecimientos que hacen tratamientos a los delincuentes mayores y a los niños de difícil conducta.
  - I) Comedores públicos para niños necesitados.
  - J) Colonias de vacaciones, etc.

Cabe especial mención al Cuerpo de Inspectores o Sección de Inspectores que funcionan dos bajo la dependencia de cada uno de los Juzgados de Menores con asiento en Montevideo sólo con carácter inspectivo y de investigación de las faltas antisociales y antijurídicas y 29 de los antecedentes. Funciona con un jefe y sub-jefe con siete inspectores, que ejercen en parte las funciones de una Policía Moral Tutelar y Juvenil en cooperación con la sección requisitoria de la Policía de Montevideo, carece de una ley orgánica, reglamentación y estatuto.

#### IV CONCLUSION.

Cada institución está sujeta a una evolución, es así que la Policía Moral Tutelar y Juvenil sería una especialidad técnica de las policías generales, al servicio y al cumplimiento del Código del Niño o de la Familia, y que hombres y mujeres que ven el problema monumental que encierra la Prevención de la Delincuencia Juvenil, que pronto constituirá la ciencia más grande y difícil, la preocupación de los sabios con clarividencia, amantes a sus hijos, a su familia, a su Patria fecunda, los nobles sentimientos humanos, la satisfacción del deber cumplido por la firme constitución de la familia, la moral, la libertad bien entendida y el respeto a las leyes. Serán ellos los que reclamarán su organización de los primeros componedores y saneadores sociales. Para cerrar sólo me toca decir que la adjudicación de dos profesiones difíciles, uno la de ser maestro rural y otro de ser un soldado del orden y la sociedad es un problema serio, donde uno se satura de las necesidades sociales, las palpa y que le llevan a un mareo mental que le pueden hacer afirmar un error y un acierto, y a decir que la Asistencia Social no es otra cosa que la lucha de los humanos por la vida regulada, honrada y verdaderamente social para hacer —del mundo— de un erial no bien cultivado el metal del crisol con la que se defenderá al NIÑO.

---

## PROTECCION INTEGRAL DE LA FAMILIA

Por la profesora Carmen Rosa de González Hidalgo  
(Ecuador)

Desde el año 1942, a raíz del VIII Congreso Panamericano del Niño, en todos los países de América Latina, se comenzó a trabajar bajo nuevas orientaciones encaminadas al fortalecimiento de la familia; procurando que todos los niños del mundo vivan felices en su propio hogar.

En mis observaciones hechas en los distintos países que he recorrido, aun en los que sobresalen por su buena organización y cultura, siempre hube de encontrar ciertos desajustes en la vida familiar, que repercuten desfavorablemente en el medio ambiente y en la tranquilidad social.

La experiencia nos ha demostrado que hace falta una fuerza educadora de la familia, una reconstrucción de la unidad familiar.

El hogar debe ser la escuela de la vida, serena y responsable, compenetrada de afecto y de ideales; sólo así los padres podrán modelar conscientemente el futuro de sus hijos.

En mi opinión, 3 son las causas primordiales que destruyen la unidad familiar.

- 1º Falta de educación de los padres y futuros padres.
- 2º Trabajo de la mujer casada fuera del hogar.
- 3º Falta de ayuda económica a la familia.

### FALTA DE EDUCACION DE LOS PADRES Y FUTUROS PADRES.

Convencidos como estamos de que el mejoramiento de la humanidad y la felicidad de los pueblos, está en razón directa de la buena organización de los hogares, no basta la defensa económica de la familia, es imprescindible la preparación pedagógica de los padres.

Universalmente hay una gran preocupación del hombre y la mujer, por adquirir el mayor número de conocimientos en todas las ramas del saber humano; pero casi por lo regular podemos decir, que no se preocupan de prepararse para ser buenos padres de familia.

Son muy pocas, en relación al número, las parejas que van al matrimonio, conociendo plenamente sus deberes y derechos.

En general se casan bajo una influencia apasionante, sin pensar ni comprender el gran significado y responsabilidad que representa la procreación; y cuando nacen sus hijos, pocos saben de crianza y educación.

Es que no todos los padres están con el espíritu y la personalidad preparados para recibir a sus descendientes y han aceptado tácitamente y sin pensar en ella, una responsabilidad que se impusieron.

Los futuros padres deben saber que están obligados a formar una familia bien constituida; que su salud física y mental necesita encontrarse en condiciones de procrear niños sanos, sin taras ni vicios; y que serenamente pueden satisfacer lo indispensable para la vida de sus hijos, ofreciéndoles al mismo tiempo, afecto y comprensión.

Y puesto que los padres son los primeros maestros insustituibles de sus hijos, deben aprender a educarlos con el ejemplo, sin descuidar la formación educativa y espiritual a la que tiene derecho todo niño.

Siendo la Escuela Primaria el medio más eficaz que la colectividad dispone para la formación de las futuras generaciones, es éste el camino por el cual tenemos que comenzar, sobre todo, si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje del pueblo no termina su educación secundaria.

Por lo mismo, hay que tratar de que la Escuela y el Liceo cumplan fielmente su misión de primero educar y luego instruir; ante todo debe estar la obligación de formar el sentido de responsabilidad personal de cada educando, en relación con su vida futura.

Sólo así se podrán suprimir de raíz, muchos problemas sociales, que cada día nos tienen más preocupados con su difícil solución.

Educar a la mujer para su futura maternidad no es un problema difícil, porque desde niña, jugando con sus muñecas se ejercita en su papel de madre; en su juventud, sueña con el hombre que la elegirá para esposa; y cuando tiene hijos, sólo piensa en darles felicidad.

Lo único que hace falta es enseñarle a conocer y respetar conscientemente, los múltiples y delicados deberes que le impone su triple estado de hija, esposa y madre.

Los jóvenes deben aprender de sus maestros a respetar a la mujer, a ver en ella a su futura compañera y no a un objeto de placer; y fundamentalmente necesitan comprender, las responsabilidades que la paternidad lleva consigo.

Como se ve, la obra que tiene que emprender el maestro es urgente, valiosa y magnífica en bien de la humanidad. Sobre todo, habrá destruido la ignorancia de los futuros padres, quienes más tarde le ofrecerán una cooperación vigorosa y fructífera con las nuevas generaciones.

Otra grande conquista que obtendremos con la educación de

los padres y los futuros padres, será la disminución de la ilegitimidad; hondo problema de desconcierto social, alrededor del cual están sufriendo las consecuencias todos los niños abandonados.

La madre soltera, que generalmente es una joven engañada o seducida, acude durante su gestación —muchas veces aconsejada por el mismo hombre responsable de su estado— a buscar los medios, aun los más peligrosos, para ocultar su embarazo.

Cuando esto no ha conseguido y el padre de ese nuevo ser la ha abandonado, nace el hijo en las condiciones más desventajosas y con grave peligro de la salud del niño y de la madre.

Con mucha frecuencia sucede que esas jóvenes no sienten ningún afecto maternal y buscan con ansia, la forma de separarse de aquellos hijos indeseados, que quizá la muerte es más piadosa con ellos.

En tal situación, si no fuera por la ayuda que les ofrece el Estado en algunos países, o mediante las Instituciones Benéficas en otros, las consecuencias serían aún más graves para esos niños sin nombre y sin hogar.

En las familias bien constituidas, no es raro ver que la incompreensión y la falta de responsabilidad de los padres, ofrezcan continuamente a sus hijos una serie de espectáculos dolorosos y dañinos, ocasionados por los disgustos familiares y los malos ejemplos. Convulsionado así el hogar, se va destruyendo la armonía doméstica y causando serios trastornos en el normal desenvolvimiento de la personalidad de los niños.

Y como su vida psíquica se desarrolla de preferencia en el ambiente familiar, cuando éste no es correcto, causa serios trastornos en su vida.

El abandono de los padres, el divorcio innecesario, o la separación de los cónyuges, traen también innumerables desventajas a los hijos que nacieron con el derecho de recibir cuidados, educación y amor del padre y de la madre.

Es una obra degeneradora el abandono de los padres del hogar, porque los niños se sienten huérfanos de cariño y comprensión; son víctimas inocentes de la incapacidad moral, legal o física de los padres.

Las estadísticas de las Clínicas de Conducta nos revelan, que los problemas familiares, son los que más inciden en la vida normal del niño y obran negativamente en su personalidad.

Además observamos que la falta de preparación de los padres para saber educar y conducir a sus hijos, hace que unas veces los mimen y consientan demasiado, hasta dañar su carácter; otras, los castigan y reprimen hasta que llegan a crearles muchos problemas desfavorables.



Es por todos estos motivos que cada día aumenta el número de niños melancólicos, frustrados, neuróticos e inadaptados.

Muchos padres comprenden demasiado tarde y después de dolorosas experiencias, que ellos fueron la causa involuntaria para que sus hijos se hayan desviado moralmente, o sufran de alguna enfermedad irremediable.

Luego, si queremos hacer una labor preventiva de la delincuencia, también tenemos que educar a los padres; sólo así sabrán como estructurar su vida familiar dentro de un ambiente sano, comprensivo y feliz.

En resumen, la educación familiar tiene una importancia inmensa y una influencia mucho más grande que cualquiera otro sistema moderno de educación.

### TRABAJO DE LA MUJER CASADA FUERA DEL HOGAR.

El hogar es la base de la sociedad, la célula de la familia es la madre y el sostén moral y económico es el padre. Si estos factores no están cumpliendo bien su obra, no existirá una fuerza creadora de felicidad en la convivencia humana.

La mujer casada que deja su hogar y sus hijos abandonados, para adquirir más dinero del que gana su marido en el trabajo, está cometiendo un grave error, porque mientras a ella le parece que mejora su situación económica, en el fondo, es muy poca la ventaja en relación a la pérdida moral y social de su familia.

Aunque el trabajo doméstico parezca monótono e incomprendido, nada debe ser más grato para la mujer, que sentirse la dueña de su hogar y la amiga de sus hijos.

En la familia, la madre ocupa el primer puesto insustituible, en el empleo, es un número más en el engranaje del trabajo.

Si las mujeres que tienen obligaciones sagradas que cumplir en su hogar, dejaran que los hombres trabajen, disminuiría enormemente la desocupación, mejorarían los sueldos de los padres de familia y aumentaría la superación y rendimiento de los trabajadores.

Muchas madres casadas, para evitar que sus hijos pasen en la calle, mientras ellas van a trabajar, los dejan en Instituciones de Protección, sin comprender que esos niños necesitan vivir en su propio hogar, crecer y desenvolverse en un medio real, gozar, sufrir, pensar y luchar junto a sus padres. En una palabra, vivir su propia vida.

Las Instituciones no pueden ofrecerles todo esto, porque el ambiente es artificial. Y cuando la irresponsabilidad y la indiferencia de los padres, ha hecho que sus hijos hayan estado separados hasta la juventud, sienten que se ha destruido el amor filial

y que han formado seres indefensos para la lucha por la vida y completamente desconectados con la comunidad.

La madre soltera o abandonada que se ve obligada a trabajar, siente estas mismas consecuencias y más dolorosamente, porque no las puede remediar.

#### FALTA DE AYUDA ECONOMICA A LA FAMILIA.

Es necesario un particular esfuerzo para defender y conservar la capacidad del trabajo de los pueblos, sobre todo para que tengan ocupación aquellas personas que deben sostener a su familia, asegurando su estabilidad económica.

No se puede desconocer que el problema económico, es la causa principal de la desorganización de muchas familias. Un amargo pesimismo y una verdadera incertidumbre, es lo que sienten, ante la imposibilidad de disponer, siquiera de lo más elemental para su vida.

Los hijos de estas familias, por falta de recursos, se ven obligados a trabajar prematuramente, aunque tengan mejores ambiciones y capacidades. Y lo que es peor, por la estrechez de su vivienda insalubre, tienen que pasar la mayor parte del tiempo en la calle y en las plazas públicas.

Desnutridos, hambrientos, casi desnudos, esos niños se ven arrastrados por todos los peligros de la vida callejera y es muy raro que su moral no se destruya desde los primeros años de su vida.

La pobreza de los padres no debe ser un motivo para separarse de sus hijos, internándolos en las instituciones de protección; lo que necesitan es un apoyo material y moral para rehacer su vida.

Hállanse tan íntimamente ligados el abandono moral y material, que es raro encontrar un niño rico y feliz, si sus padres lo han abandonado moralmente; como es raro también que un niño en medio de la miseria sea feliz.

Muchos padres, ante su mala situación económica, evitan la procreación, con graves consecuencias personales y sociales, porque en lugar de sentir felicidad por la llegada de un hijo, lo reciben como una nueva carga familiar.

De ahí que la pobreza sea también un factor que disminuye la natalidad.

Toda familia debe tener derecho a que el Estado, dentro de sus programas de seguridad y justicia social, le ofrezca una constante ayuda para su bienestar general.

Necesita tener respaldada su salud, su vivienda, su mejoramiento intelectual y sobre todo sus medios de trabajo.

Es imprescindible el "Seguro de Maternidad" para todas las mujeres que lo necesiten; y las "Asignaciones Familiares" para todos los hogares.

Con estas garantías y defensas es fácil educar a las masas, para conseguir que su vida se desarrolle en un ambiente sano, moral y agradable; distribuyendo el tiempo entre el trabajo y el descanso reparador; entre la distracción sana del espíritu y el deseo de mejoramiento moral y material; siempre aspirando a un nivel más elevado, más humano y más culto.

Sobre todo, debemos procurar que vaya acentuándose cada vez más el sentimiento de unidad, comprensión y tolerancia, que permitan disfrutar de la paz que tanto reclama el mundo.

Y ya que he llegado a este punto, es para mí especialmente grato, manifestar que países como el Uruguay, valorando esta obra humana, ha tenido el gran acierto de empezar la defensa económica de la familia. Leyes sabias han hecho una realidad "Las Asignaciones Familiares", que unidas a las Cajas de Seguros, de Ahorros y otras Instituciones de este orden, han conquistado grandes beneficios prácticos en bien de la familia y del país en general.

---

## LA ASISTENCIA -- EL SERVICIO SOCIAL Y LA TRABAJADORA SOCIAL

Por la trabajadora social Catalina Esperanza Contreras  
(México)

### GENERALIDADES:

El concepto de la Asistencia, en su evolución histórica ajustada lógicamente a las distintas etapas del desarrollo de la Sociedad, ha sufrido modificaciones que partiendo de las viejas concepciones del impulso creador de compasión o sea la respuesta sentimental ante el espectáculo del dolor y pasando las épocas de la mística organización de la Caridad, ha llegado en tiempos recientes a considerarse como uno de los principios de solidaridad y justicia social, que culmina con el resultado legal de constituir un derecho, el acto de recibir la Asistencia.

La conquista del bienestar social es además de una aspiración de Pueblo y de Gobierno, un problema esencialmente económico en donde radica no solamente la economía nacional, sino también la economía familiar y tanto una como otra descansan en la economía nacional del País y en la capacidad humana para lograrla, cuidarla y desarrollarla y en la justa distribución que de esta riqueza

za se haga, para que alcance a dar un mínimo de bienestar social a todos.

Entre hacer el bien y hacerlo bien, media un abismo que separa al empirismo de la técnica. Una de las más grandes adquisiciones de la Asistencia, ha sido el paso sucesivo de la caridad ciega a la actividad científica. En nuestros días no se puede hablar de Asistencia cuando se trabaja sólo a base de intención o buena voluntad, es decir, que la técnica de Asistencia actual debe ser un proceso científico con el concurso de trabajadores especializados que, en equipo, realicen un programa y resuelvan un problema. Hay que tomar muy en cuenta, que dentro de la Asistencia caen problemas muy complejos que por consiguiente imponen un mínimo de conocimientos que no es posible suplir con buenas intenciones. La técnica permite actualmente realizar una Asistencia planificada, basándose en la información estadística, tomando en cuenta las circunstancias propias de cada localidad respecto a diferentes factores, tales como la desocupación, salarios, el costo de la vida, condiciones de salubridad, condiciones de la vivienda, el nivel de cultura etc. Sabemos también que es necesario esta programación técnica en la Asistencia, porque ésta tiene problemas de muy diferentes índoles, no solamente por los distintos grupos de problemas tales como la protección a la familia, a la infancia, al lisiado, al enfermo o al anciano sino también, porque se trata de diversos grupos humanos, con características de personalidad que deben comprenderse para poderlos resolver.

Cuando se habla de asuntos Asistenciales nos referimos a la familia invariablemente ya que en forma directa, ésta desempeña un papel primordial, así vemos como en nuestros tiempos todos los esfuerzos sociales son encaminados hacia la protección del núcleo familiar. Se sabe también que la base fundamental de la Sociedad y del Estado es la familia, que el hogar forma parte de la misma y se considera como la forma más elemental y original de la vida social sobre la que descansan todas las relaciones humanas. Es por ésto que el Estado contribuye con todos los elementos para el sostenimiento familiar, con el deseo de proteger integralmente a la familia, es responsabilidad del Estado atender la debilidad económica de la familia y del hogar por lo que se ha considerado que la mejor forma de Protección a la Infancia, estriba en la protección de la familia y en el bienestar del hogar natural del niño, pues en el seno de la familia es donde se desarrolla normalmente el niño en sus aspectos psicosomáticos y sociales y es donde se forma la base de la conducta ciudadana y donde se decide su porvenir.

Varios son los métodos de trabajo con que se cuenta hoy día en la aplicación de programas asistenciales, métodos que procu-



ran abarcar todos los aspectos de la vida del hombre, comenzando desde la gestación, por medio del cuidado de la madre embarazada hasta llegar a la estructuración de seguros sociales que comprende el seguro a la vejez, como medio de dar a todo ser humano la certeza de no llegar al término de su vida en total desamparo.

La vida moderna es tan compleja que no permite que los métodos a emplearse actúen independientemente, ya sea entre ellos o ya sea entre el individuo y su medio y es por ésto, que a medida que alcanza la civilización y que significa un aumento progresivo de problema, se ha llegado como consecuencia al afinamiento entre todos los sistemas de caridad y acción social, perfeccionándolos cada vez con nuevas técnicas y denominándolo "Servicio Social".

Se ha pretendido principalmente con ésto, que la ayuda del Estado o los particulares, a los necesitados, sea ofrecida en forma justa, científica y con el propósito de obtener el reajuste del individuo, primero, para que su estado de dependencia no sea crónico, y segundo para que el servicio social sirva de enlace entre cualquier forma asistencial entre el individuo y su medio. Así vemos pues, que al Servicio Social se le han dado tantas definiciones y todas tendientes a aliviar los sufrimientos de la miseria, o establecer para el individuo y la familia una existencia normal y elevar las condiciones de vida. Se ha definido también al Servicio Social como una obra humana, tendiente al bien, hecha con el propósito del bien mismo, sin esperar de ella, ni lucro, ni honor, ni beneficio.

El servicio social comprende cuatro aspectos fundamentales, primero, la Asistencia Paliativa, que suministra alivio al individuo, en cuerpo o en su espíritu, (enfermedad, miseria, delincuencia etc.).

Segundo. La Asistencia Preventiva, que lleva por fin prevenir las calamidades sociales. Tercero. La Asistencia curativa, que restituye a la normalidad la vida de los individuos y de la familia. Cuarto. La Asistencia Constructiva, que es la destinada a mejorar y elevar la vida del individuo desde el punto de vista social y cultural.

El Servicio Social investiga las causas por las que un individuo o una familia se halla en la miseria, busca por el análisis de toda una vida, las causas de un estado presente, haciendo así el diagnóstico social, para más tarde hacer un tratamiento acertado, que ha de reajustar integralmente al individuo. El Servicio Social no sólo busca la recuperación de la salud perdida o evita la enfermedad o la miseria, sino que tiene por objeto asegurar el bienestar social del hombre y de su familia. Pero para que el ser-

vicio social pueda rendir sus frutos, para que esas relaciones que ligan a la salud de los hombres y a su condición social, puedan ser reguladas en la vida individual y ordenadas en la vida colectiva, es indispensable organizar la Asistencia Social, pasar de los métodos puramente paliativos a los preventivos, curativos y constructivos. Y si bien, para lograrlo, es indispensable que con espíritu social actúe en Hospitales, Clínicas y Modernos Centros de Medicina Preventiva, con la ayuda constante de economistas, psicólogos, maestros, sociólogos, trabajadoras sociales y filántropos, no es menos cierto que hoy el Servicio Social reconoce una técnica que solamente un personal preparado y especializado puede poner en práctica.

De aquí que haya surgido la necesidad urgente de la preparación de todos los elementos que intervienen en problemas de Protección a la Infancia y la Familia. El Trabajador Social, elemento que desempeña un papel importante, tiene la obligación de prepararse consciente y sólidamente, para desempeñar su tarea. El trabajo social se ha convertido ya en una de las profesiones en que más conocimientos y destreza se necesita. Su campo de acción se ha extendido rápidamente desde principios del siglo y es por esto que la Trabajadora Social es un trabajador científico con una preparación amplia y definida, por eso debe tener un alto sentido de comprensión y solidaridad humana.

La función de la Trabajadora Social no es un elemento que por sí mismo resuelva los problemas de manera directa, sino un medio de coordinación y estímulo, es por esto que la trabajadora social se ha colocado en la categoría de indispensable, para que las instituciones dedicadas al servicio social puedan cumplir plenamente sus finalidades.

Para apreciar la exactitud de tal aseveración, basta asomarse, aunque sea rápidamente, a los ejemplos concretos, que constituyen por sí mismos argumentos indiscutibles. Tenemos por ejemplo en el campo de los servicios médicos que puede citarse el caso de un Hospital establecido, para cubrir las necesidades de una comunidad en uno de los aspectos básicos del bienestar de sus miembros. Dicho hospital puede estar dotado de un cuerpo de médicos y enfermeras y con el equipo indispensable para su labor, y sin embargo, no alcanza con sus beneficios sino sólo una parte de quienes se encuentran en necesidad de recibirlos; tal hecho se debe a que el personal citado, permanece en el hospital para atender a las personas que acuden a él por su propia voluntad y a la falta de un elemento coordinador que pueda visitar los hogares y hacer en cada uno de ellos labor de propaganda y convencimiento. La Trabajadora Social encargada de esta función, no resuelve rá por ella misma el problema de ningún individuo que necesite

atención médica, sino que desarrollará una función coordinadora, que no es por eso menos importante que la que en última instancia haría variar positivamente las circunstancias que afectan al paciente. Otro campo muy distinto en el que la Trabajadora Social actúa al servicio de la comunidad, es en las escuelas Rurales. Se lleva a cabo la construcción de una escuela y se designa a los maestros necesarios para que se hagan cargo de ella, el maestro ocupado en la educación de los niños que en forma espontánea son llevados a ella, no puede realizar al mismo tiempo labor de convencimiento en relación de aquellos cuyos familiares no comprenden la importancia de la educación; es aquí también donde hace falta la actuación de la Trabajadora Social como elemento coordinador y orientador, entre la escuela y todos los que estén en aptitudes de recibir sus beneficios. Así como estos dos casos, podríamos ir mencionando cada uno de los aspectos donde la labor de la Trabajadora Social es indispensable.

Se sabe también que debido a la falta de Trabajadoras Sociales en muchos países, los médicos, las enfermeras y los maestros se dedican a realizar esa importante obra que tiende a cumplir el principio del mayor beneficio para el mayor número, pero hay que reconocer que entonces estos profesionistas están realizando Trabajo Social y que se ven obligados a hacerlo por la falta de elementos especialmente preparados, para cooperar con ellos en esta labor indispensable de coordinación y que está fuera de las obligaciones de su profesión y completamente dentro de ésta, cuyos servicios actuales son positivos y satisfactorios en cuanto a su calidad pero no todavía por lo que se refiere a cantidad.

Esta circunstancia, abre la más amplia perspectiva al Trabajo Social, aporta un argumento más del concepto de coordinación con el que se han definido sus funciones, porque si tuviera a su cargo la resolución de una índole especial de problemas, su campo de acción tendería a reducirse, a medida que su intervención fuera resolviendo dichos problemas. Mas en realidad, tiende a extenderse en proporción directa con los esfuerzos constantes que todo país progresista realiza para brindar a sus respectivos pueblos en general y a cada uno de sus ciudadanos en particular, las oportunidades que establezca un equilibrio justo entre sus obligaciones y derechos.

Tomando en consideración que toda obra de Protección a la Infancia queda incompleta, sin la colaboración de la Trabajadora Social y que el problema básico del Uruguay como de otros muchos países de nuestra América, radica en la falta de Trabajadoras Sociales, aun cuando en Montevideo existe una escuela de Servicio Social particular, no es suficiente para las necesidades de las numerosas Instituciones Asistenciales que tiene, del Gobier-

no y Privadas. Siendo este problema de tanta trascendencia, todos los Países deberían preocuparse más por crear escuelas y hacer una propaganda intensa para que se conozca mejor la importancia y la necesidad de una profesión sin la cual queda incompleta cualquier obra social.

Después de esta pequeña exposición, debo manifestar mi agradecimiento a las Naciones Unidas por haberme dado esta oportunidad de asistir al Segundo Curso del Seminario sobre la Organización de Servicios de Protección a la Infancia y también al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, organizador de este curso.

Mi permanencia en Montevideo me dió oportunidad de conocer y palpar ampliamente el adelanto cívico y cultural del Uruguay y no puedo menos que sentirme satisfecha por la amistad que encontré en esta Ciudad. La experiencia de sus instituciones magníficamente organizadas demuestran los progresos realizados en forma integral sobre la Protección a la Infancia en todos sus aspectos: Médico, Educativo, Jurídico y Social. Así vemos, como la prosperidad de una Patria es el producto del esfuerzo, abnegación y sacrificio de sus hijos y en un país como el Uruguay, cuya trayectoria de avance integral se marca a pasos agigantados, vive el siglo de la superación y es por esto que, es el Centro en las Américas para el estudio, desarrollo y coordinación de todos los métodos asistenciales de Protección a la Infancia.

Es importante reconocer también, que el Uruguay es un país privilegiado desde muchos aspectos, que su riqueza estriba en el hombre principalmente, que es el elemento capaz de llevar a cabo grandes obras asistenciales, que es el arma más poderosa para defender un país y así vemos ante esta realidad, como muchos sucederán a los héroes como Artigas, a los apóstoles como Morquió, los enciclopédicos como Larrañaga y los cimas como Rodó; por eso las personalidades actuales como Berro, Bauzá, Escardó y Fournié, forjadores del futuro, siguen la misma trayectoria de amor y sacrificio para la humanidad, porque saben que todo sueño de progreso se hace realidad en el tenaz espíritu de los Uruguayos.

Ante esta magna obra de realidad y progreso se ha despertado en mí una inquietud que servirá para despertar aspectos estancados, no solamente en mis propios medios sino en intervenciones de autoridades o dirigentes que tienen el deseo como yo de formar un México Mejor.

---



## EL TRABAJO SOCIAL EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN URUGUAY

Por la señorita Lilia Rojas Sucre  
(Panamá)

**LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDAD SOCIAL.** — La tuberculosis es, aun, en muchos países de nuestra América, problema de palpitante actualidad y de los que más interesan a los gobiernos para la estabilización de la salud del pueblo.

Durante mi permanencia en el Uruguay he tenido la oportunidad de confirmar las razones sociales que exigen la conveniencia de encarar de una vez por todas esta terrible enfermedad y de obtener interesantes experiencias sobre la forma cómo este país hermano la combate hasta haber conseguido abatirla y rebajarla a límites verdaderamente envidiables dentro del continente americano.

Sabido es que las causas generales de esta enfermedad son: mala o deficiente alimentación, mala habitación, desgaste excesivo y fatiga; que es una dolencia seria y compleja que por la índole de sus derivaciones ha dejado de ser de interés absoluto de la Clínica y tanto por sus causas como por sus efectos es una enfermedad social a la que hay que atacar en su doble aspecto clínico y social.

La terapéutica clínica como medio de curación en su forma más amplia ha sido más o menos ya planteada en casi todos los países. Todos se han dado cuenta de que al Estado corresponde la dirección suprema de esta lucha y que para que ella no sea estéril y dé frutos es necesario que sea hecha en forma persistente, activa, directa y profunda.

Muchos han comenzado a acentuar la aplicación de las leyes que contribuyen al mejoramiento social o de las condiciones de vida del pueblo, proporcionándole trabajo, vivienda sana y abaratando el costo de la vida; todos han iniciado las tareas que corresponden a Sanidad en lo que respecta a la acción preventiva y curativa de la enfermedad como: la vacunación por B.C.G., la creación de Dispensarios Móviles para la pesquisa de casos por medio del Rayo X y la construcción de Preventorios y Hospitales Antituberculosos.

### NUEVO PLANTEAMIENTO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL URUGUAY

En Uruguay como en otros países, se encaró la lucha antituberculosa desde el punto de vista preventivo y asistencial. El Go-

bierno, por medio de sus dispensarios y hospitales y la Asistencia privada, por medio de distintas instituciones de carácter filantrópico, hace muchos años; una de las instituciones de carácter privado que más valiosa ayuda ha prestado y presta aún, es la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, compuesta de muy prestigiosos ciudadanos y cuyos esfuerzos verdaderamente innumerables, aunados a los del Estado no lograban su objetivo final.

Algunos aspectos fundamentales de esta lucha por algún tiempo eran abandonados o bien enfocados en forma parcial, tales el diagnóstico precoz y el de la protección económico-social a la familia del enfermo tuberculoso. La lucha seguía lenta y casi en proceso de detención. Se necesitaba pues una inyección que lograra sacarla de su aparente colapso y le diera nuevo impulso y vigor.

Del año 1943 a 1946 dos Servicios del Estado, el Departamento de Sanidad Escolar y el Servicio de Colectividades dedicados al diagnóstico precoz dieron la voz de alarma y sembraron la inquietud y el desvelo en la comunidad uruguaya. Indicándole el peligro en que estaba la aprestaron, en buena hora, a entender su realidad y a cumplir el cometido de atacar nuevamente el problema para resolverlo con el concurso de todos, a largo plazo, pero con efectividad.

Un grupo de médicos conscientes se dió a la tarea de publicar estadísticas de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, poniendo de manifiesto, sin reticencias, la gravedad de la situación. Instituciones Cívicas, como el Club Rotario, ayudaron asimismo a despertar el interés y de este movimiento nació el Comité para la Lucha Antituberculosa.

Apoyados ya por el entusiasmo popular y con la ayuda generosa de la radio, el cine, la prensa y cuanto elemento de propaganda se pudo usar, comenzó la primera Cruzada Antituberculosa. Se acordó luchar por un lema que reza: "UNA VIDA SANA Y FELIZ" y en diferentes sitios de la ciudad se fijaron carteles o gráficas informando al pueblo del curso y avance de las colectas públicas y espontáneas que se hacían con gran entusiasmo.

Todas las instituciones Cívicas, comerciales, o bancarias, contribuyeron económicamente a la formación de ese fondo común que sería invertido para los fines de la lucha y en 1945 se habían recaudado ya más de un millón y medio de pesos.

Esta Cruzada, dirigida hábil y muy felizmente por su iniciador y ejecutor máximo Dr. Luis Mattiauda y un grupo de excelentes colaboradores, tenía, esta vez, la finalidad específica de obtener recursos para formar un fondo de reserva con cuyas rentas se pudiera ayudar a las familias de los tuberculosos indigentes que abandonados a un destino miserable seguían silenciosamente

ofrendando sus mejores y jóvenes vidas como holocausto a tan macabra pandemia y fué este noble y nuevo interés el que hizo el milagro de hacer triunfar la causa.

A partir de 1946, el Parlamento, reconociendo el valor infinito de este movimiento y el empeño de sus defensores, dictó leyes sucesivas señalando nuevos fondos para el Comité que se convirtió y quedó constituido oficialmente en lo que hoy se llama **COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA**. A más de las donaciones voluntarias y permanentes que ya existían, se crearon nuevos impuestos para aumentar los fondos de la lucha y éstos fueron a las salas de cine, a los teatros, deportes, carreras de caballos, carnavales, bailes públicos, loterías, etc.; vale decir que se impuso que cada persona que se divierte tiene la obligación moral y económica de ayudar en algo al tuberculoso escaso de recursos o francamente pobre, entendiendo que ayudándole a vencer su enfermedad o evitando que se enfermen otros se ayudan todos en general.

Los intereses de un capital que ya asciende a 10.000.000,00 de pesos uruguayos y que está depositado en el Banco de la República en sólidas inversiones, son escrupulosamente administrados y se destinan especialmente, como lo especifica la ley, a la Asistencia económica de las familias de los tuberculosos. Con estas asignaciones las familias pueden atender su sostenimiento, cuando los enfermos segregados del medio familiar van a los sanatorios del Estado o si el caso lo amerita por incipiente, a los Dispensarios Antituberculosos para tratamiento ambulatorio.

De este modo se ha llegado a complementar la lucha en forma metódica e integral, o sea junto a la terapéutica clínica (acción curativa y preventiva) la acción de profilaxis social.

#### **COMO FUNCIONA LA COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA**

Actualmente la Comisión Honoraria está dividida en dos Comisiones: 1º la Comisión Financiera y la Comisión Técnico-Médica.

La primera recauda y controla los fondos y hace la distribución económica a los "beneficiarios" mediante trámites especiales y por medio de la investigación del medio económico y social de las familias.

La segunda tiene a su cargo la lucha propiamente dicha que abarca cuatro secciones:

1º. **SECCION DE DISPENSARIOS MOVILES**, está dedicada a administrar la vacunación por el B.C.G. a todos los tuberculosos negativos del país para aumentar la resistencia orgánica contra el bacilo de Koch y hacer despistaje de los enfermos o posibles enfermos por medio del examen radiológico en todas las co-

munidades. Para esto aprovechan los sitios de gran conglomerado humano dentro del área de la capital como son: fábricas, escuelas, bancos, cárceles, etc. y se desplazan por todo el interior con su equipo de técnicos hacia las áreas rurales. En esa magnífica tarea, activa y permanente y racional ya han dado una primera vuelta a toda la República y están terminando la segunda, con rendimientos verdaderamente innegables.

2º SECCION DE EDUCACION Y PROPAGANDA. Esta tiene a su cargo todo lo relacionado con la educación del público. Por medio de la prensa, la radio, el cine y conferencias, prepara el ambiente de las localidades diferentes en donde se inicia la campaña de los Dispensarios Móviles a fin de hacer más fácil la tarea. Esta Sección aprovecha especialmente a los maestros, autoridades y personalidades de prestigio de la región para el mejor éxito de la gestión sanitaria posterior.

3º SECCION DE CENSO Y ESTADISTICA. Su labor es importantísima ya que tiene a su cargo todo el fichaje y clasificación de los datos obtenidos durante la lucha. Está bajo la dirección de un médico especializado en Estadística y tiene un determinado número de funcionarios que hacen clasificaciones y otros trabajos similares que permitan saber el curso o panorama absoluto o relativo de la lucha y sus posibilidades en un momento dado.

4º SECCION DE ASISTENCIA SOCIAL. Esta sección es dirigida por un Médico Jefe Coordinador y tiene a su cargo el Departamento de Visitadoras Sociales divididas en dos grupos, uno en la capital en número de 30 y asignadas a los diferentes radios en que se divide para los efectos de la lucha y una en cada departamento del interior del país.

La función primordial de ellas es hacer las investigaciones del medio del enfermo. Esta investigación que tiende a ser lo más completa posible, abarca todos los aspectos de la situación familiar desde el punto de vista económico, físico, social y moral. Estas investigaciones junto a las del médico, marcan las pautas a seguir con respecto a la hospitalización del enfermo, ayuda económica que ha de asignarse a la familia y mediante trámites especiales de declaración jurada, fórmula legal que impide el abuso, se llega a la adjudicación de las pensiones.

**TRABAJO SOCIAL EN LA LUCHA.** Pero no es éste sólo el papel de la Visitadora Social, su trabajo es más amplio y puede ser de posibilidades infinitas. La Visitadora Social a más de llevar el control de la familia en el aspecto social por medio de sus adecuados expedientes de investigación, debe hacer hacia ellas labor de educación higiénica, aconsejar sobre formas más adecuadas de vida, sobre economía del hogar, sobre mejor distribución del presupuesto familiar, sobre trabajo para algunos de sus miem-



bros a fin de evitar la dependencia innecesaria del grupo familiar; debe, en fin, cooperar con el Médico, con la enfermera y aun a veces, según he podido constatar, con los técnicos de laboratorio. Esta labor de operadora en el campo social, cooperadora en el asistencial y educadora en el medio familiar o local está creando en el Uruguay casi automáticamente el tipo de Visitadora o Trabajadora Social Polivalente, que es el ideal máximo a que aspira el Servicio Médico-Social moderno.

Comprendemos que las exigencias de la lucha han sido aquí tan urgentes que tal vez en muchos momentos no habrá sido posible hacer una completa discriminación con respecto a las tareas absolutas de cada uno de los integrantes de ella en el aspecto social. No se nos escapa que la Trabajadora Social, tanto la que trabaja en la capital como la del interior, limitada por el tiempo y acicateada por el número de casos, quizás no tenga tiempo para hacer una investigación minuciosa del medio familiar que vaya más allá de lo que al aspecto económico y urgente se refiere. Pensamos que una visita cada seis meses cuando se renuevan las pensiones de familia en el interior del país, es muy poco para un conocimiento efectivo y menos para poder influir en grado apreciable en las condiciones o formas de vida de una familia rural.

En cuanto a la centralización de los servicios médico-sociales, nos parece magnífico, esto indica que el trabajo social se está, desde el principio, coordinando. El solo hecho de que no haya privilegios y que los enfermos vayan canalizándose hacia los hospitales por su orden, dependiendo sólo, de la urgencia de los casos, estableciéndose prioridad en los más necesitados, da una medida de la forma racional y justa en que es conducida la lucha antituberculosa, y es de esperarse que sus resultados sean cada día más halagüeños.

Pero si el trabajo de las Asistentes Sociales en la comunidad es importante, no lo es menos el de la Asistente Social Hospitalaria. Actualmente sólo hay dos Visitadoras Sociales en los Hospitales del Estado con funciones especiales; faltan, a mi modo de ver, varias en cada uno de ellos y más en cada uno de los servicios del Estado o en las Instituciones de Asistencia Privada que ayudan a esta tarea.

Sabemos que éste no es problema de competencia de la Comisión Honoraria pero no debe ser eludido por ningún motivo en el plan general de la lucha.

Si bien el enfermo al abandonar su casa, dejando a su familia amparada por el Subsidio familiar que proporciona la Comisión Honoraria, lleva un poco de tranquilidad a su espíritu, no hay que olvidar que, preocupaciones de otra índole lo invadirán al entrar a esta nueva y forzada situación. Es pues allí, en el Hospital o

Sanatorio, donde la Asistente Social tiene un nuevo rol que desempeñar; ella, que es el lazo de unión entre el mundo exterior y familiar y el enfermo, es la que tiene que allanar los problemas o complicaciones que se presenten, ella la que tiene que influir en el enfermo para transmitirle optimismo, la que debe informarle sobre el reglamento y rutinas del hospital, sobre su tratamiento y prepararlo para que se someta a ellos incondicionalmente; ella la que establezca la forma de terapia ocupacional que ha de proporcionarle distracción adecuada; la que estudie su carácter, su grado de cultura, para proporcionarle según sus gustos y aficiones el acceso a la biblioteca o a otros sitios de recreación; ella la que influya para darle dentro de las reglas del hospital las comodidades posibles para estar en compañía de los enfermos con los cuales tenga más afinidad y menos fricción; la que explique al enfermo la significación de su reposo, la necesidad de su permanencia allí por todo el tiempo que sea necesario; ella, en fin, la que le va preparando más tarde para su nuevo método de vida compatible con la cohabitación de su familia, así como la que ha de irle canalizando su rehabilitación para determinar ocupaciones cuando le den de alta.

Este último es el más delicado de los problemas a confrontar y requiere gran habilidad para resolverlo y es para evitar los desafortunados ingresos a los Sanatorios por los cuales se debe pretender que este trabajo sea hecho por verdaderas Asistentes Sociales especializadas, que a más de ayudar al enfermo en el Hospital o Sanatorio, sean también capaces de atender el medio familiar superándolo, pues éste se resiente también profundamente, no sólo en el aspecto económico y físico, sino en su propia moral.

Este es un trabajo de tal modo prolijo y consciente que requiere conocimiento de psicología social e individual y bondad humana, pero además de conocimiento del problema requiere también tiempo y dedicación; es imposible pretender improvisaciones en ese sentido.

Observando en forma objetiva este aspecto del trabajo médico-social, muy incipiente aún, y todavía por solucionar en muchos de nuestros países, me he atrevido a insinuarlo en su forma más amplia, sólo por el interés de ver como se desarrolla en el futuro, no sólo en el campo de la lucha antituberculosa, sino en todos los demás servicios que requieren el concurso del Trabajo Social.

No ha sido mi propósito especial hablar sobre todo el desenvolvimiento de Lucha Antituberculosa realizado por la COMISION HONORARIA, que en plena madurez se dispone a seguir sin descanso su hermosa tarea. Tampoco pretendo en tan breve trabajo, hablar de la acción Clínica de la misma, que es de competencia de médicos especialistas, muchos de los cuales la han comentado

ampliamente, ni intento abundar con datos estadísticos tan conocidos ya, que indican el descenso casi vertical de los índices por mortalidad y morbilidad en el país; quiero sólo subrayar como el Estado Uruguayo encomendando esta tarea a una organización seria, eficiente, disciplinada y responsable, ha obtenido los más óptimos resultados.

La lectura de muchas publicaciones sobre el tema, observaciones directas en Sanatorios, Dispensarios, Laboratorio Calmette, Oficinas de la Comisión Honoraria, la asistencia al Seminario del Instituto Internacional de Protección a la Infancia, en donde se ilustró extensamente este tema, repetidas conversaciones con algunos de los más destacados dirigentes de la Lucha y aun comentarios generales del ambiente social, me han dado una medida del espíritu que la informa. Ella, con todos los recursos de la ciencia de curación en forma amplia y total y con los otros, no menos necesarios, recursos económicos y sociales integrados y coordinados convenientemente, está realizando lo que en otro tiempo parecía un imposible.

Con verdadero entusiasmo, con admiración sincera, he tratado de captar el contenido profundamente humano de interpretación social que los paladines de esta causa dieron a la lucha antituberculosa y espero ser modesta vocera de este espíritu en mi propio país, terriblemente flagelado por esta enfermedad.

Dentro de pocos meses se celebrará en Montevideo un Congreso de Tisiólogos; esperamos que éste sea de grandes proyecciones para el futuro sanitario del continente. Con este motivo Uruguay tendrá la oportunidad de demostrar sus magníficas experiencias, que serán sin duda aprovechadas y redundarán en beneficio de todos los pueblos de nuestra América, maravillosamente dotados en potencia, pero aun esperando el advenimiento de una vida sana, plena y superior.

---

#### BECARIOS ESPECIALES

### TREATMENT OF THE JUVENILE DELINQUENT IN MONTEVIDEO, URUGUAY

by Estelle F. Knox  
(United States of America)

Defining juvenile delinquency as any immoral or anti-social act committed by a minor which causes the minor to be brought before the police and juvenile court for a hearing, one finds it difficult to separate the problems of delinquency in Uruguay from the problem of the abandoned child. The treatment of both is based on education and is identical.

In 1933 the Uruguayan Government found that its laws covering the protection of children were ineffective, and a resolution was passed to review these laws and to formulate a new and practical code. This work was assigned to an advisory commission to the Ministry of the Protection of the Child (Ministerio de Protección a la Infancia); Doctors Roberto Berro, Luis Morquio, Milton Romero, Julio A. Bauzá, Víctor Escardó y Anaya, Emilio Fournié, José Infanzozzi and Sofía Alvarez Vignoli de Demicheli were appointed to this committee. In 1934 the Uruguayan Children's Code (Código del Niño del Uruguay) became a law.

The general criterion of the Code is that all problems relating to children should be studied and directed by a specific organization manned by trained personnel. The organization set up to administer the Code was called the Children's Council (Consejo del Niño), an autonomous agency of the central government of Uruguay. The Code created eight Divisions to work under the Council as follows: Prenatal, which supervises all prenatal care; First Childhood (Primera Infancia), responsible for children from one to three years of age; Second Childhood (Segunda Infancia), supervising children from three to fourteen years of age; Adolescence and Labor (Adolescencia y Trabajo), supervising adolescents from 14 to 21 years of age; Hygiene (Higiene); Education (Educación); Social Service (Servicio Social) and Legal (Jurídica). The last two Divisions are not functioning as yet.

In spite of the fact that Children's Code considers anyone under 21 years of age a minor, according to the penal code any minor over 18 years of age is responsible for any delinquent act. The writer does not consider heredity an important factor in delinquency and since young children who may commit some overt act are generally not detained, the activities of the Prenatal and First Childhood Divisions are omitted from this study.

### **Second Childhood Division.**

The problem of delinquency is first encountered in the group Second Childhood which includes children from three to fourteen years of age. The delinquent child comes to the attention of the Division of Second Childhood through the police or the juvenile courts. When a child is brought before the police he or she is taken immediately to the Damaso Larrañaga Home where he remains during the entire investigation. An anonymous telephone call or a letter may sometimes be sufficient cause for the police to investigate. A special court police will then study the case and present it to the judge. The judge may discharge the case; turn the child over to the Children's Council with orders that he remain in their Institution until further orders from him; or he may turn



the child over to the Council with no stipulations as to exactly what should be done with the child. The Children's Council does not receive any information as to the cause of the court action and must begin an investigation of its own.

The Dámazo Larrañaga Home is the main internment institution of the Division of Second Childhood. This institution is housed in a large newly reconstructed building. It has separate, clean and well equipped sections for boys and girls over six years of age. The rooms are of the dormitory type. The children of both sections play and eat together in order to give them a more normal existence. Here all the children whether delinquent or merely abandoned remain and pass through what is known as the "Filter" (Filtro). All new children are isolated as a group for the first weeks while undergoing physical and psychological examinations. While these examinations are going on, the other Services of the Division are at work studying the individual case histories of the child. These other Services are: (1) Service of Administration and Supervision; (2) Social Service divided in Offices of Admittance and Discharge, Office of Home Placement, Office of Guardianship and Foster Homes; (3) Service of Children's Social Salary (Salario Social Infantil).

Since the main purpose of the Children's Code is to try to keep or reintegrate each child in his own home, all these Services function in a manner designed to bring about this result. For example, the Service of Psycho-somatic Studies in February 1951 had 985 children in its custody, in November of the same year the number had declined to 524. (1)

In 1951 the Service of Children's Social Salary was installed in the Division of Second Childhood as an office. This Service brought into effect a new type of family subsidy which according to Dr. Sarli (2) is not mere charity. In order to collect this social salary the following requirements must be filled:

- 1) Presentation of identification documents (Authors note: All inhabitants of the country are obliged to carry with them government identification papers).

- 2) Presentation of documents showing civil status of members of the family.

- 3) Medical examination of parents, children and any other occupants of the home.

- 4) Smallpox vaccination certificate.

- 5) Presentation of certified document listing salary or wage

---

1) Dr. D. W. Sarli, Interventor-Director, Division of Second Childhood, Children's Council.

2) Sarli, Domingo W. Salario Social Infantil, Un Régimen de Protección a la Familia, Montevideo, Mayo 1951, p. 10.

of parents as well as any pensions, insurance or subsidies received by the family.

6) Monthly attendance certificates from school of all children under 14 years of age who have not finished primary school, or attendance certificate of special school to which the child has been sent by order of the Division.

7) Possible demand that the status of the family be legalized.

When the new system was put into effect in May 1951, 70 families were receiving charity. Of these 70 families only 9 were able to fulfill the requirements. After a short time the number of recipients of the social salary advanced to 80. As we have said previously, the main object of the Children's Code is to try to keep the child in his own home. With the Children's Social Salary at least some of the economic problems of the family were solved. Thus one cause of delinquency and also of the desire to abandon children was eliminated. Before the Social Salary existed in 1950 the internments in the Division numbered 3,647 children. In 1951 when the Social Salary was installed the number of internments descended to 3,149, and in 1952 they were 2,610. It is claimed that there is a cause and effect relationship.

If for any reason, it is found that the child is better off away from his home in spite of the help which the family may receive, the child may be placed in a foster home or in an institution. About 85 % of all the minors under the care of the Division of Second Childhood are placed in foster homes. (1) The foster homes are of two types: "Cuidadoras" who are paid and are no relation to the family or "custodias" which may be a relative or merely someone interested in the particular child. The "Custodia" may terminate with the legal adoption of the child. There are various institutions to which the delinquent child may be sent depending upon the results of the psychological and medical examinations. Of the 15 % of the children under the care of the Division who are not placed in foster homes only 27 % remain in the Damaso Larrañaga Home. (1) If the child is mentally deficient he may be sent to an institution known as the Obra Morquio; if he is a boy who does not get along well in school for reasons of conduct he may remain at home and be treated at the Council's Conduct Clinic while attending a special school for maladjusted children.

This specialized school called School for Children of Irregular Character (Escuela para Niños Irregulares de Carácter), or known more generally as the Home School (Escuela Hogar) has the advantage of taking out public schools children who cannot adjust

---

1) Petrillo, Dr. Luis M. "El Consejo del Niño". Lecture given April 15, 1953 to an Inter American Seminar, Inter American Institute for the Protection of the Child, Montevideo, Uruguay, 1953.

to the regular class room work. Unfortunately it does not have a budget large enough to permit it to function in the manner which was originally planned. The school accepts boys of school age (between 7 and 21) who are sent there by principals of public schools. While in attendance at this school the child is treated at the Guidance Clinic of the Children's Council. However there is no follow-up on the treatment. Since the school only functions between 8 a.m. and noon the teachers find that any good they might do is undone by the fact that the boys return to their environment and the problems which cause their maladjustment. The school is run by a director, 7 primary school teachers, a speech instructor, and a psychologist. The teachers are given a course of special training before being assigned to the school. The regulations state that there should be no more than 15 students in each class, however, the present classes run about 20. The boys are placed in the classes strictly by the amount of previous instruction received, so the age range in the class is quite extensive.

For children who are not maladjusted and who are both mentally and physically normal, but who have not been able to be fitted into a foster home, a new type of home has been opened under the supervision of the Damaso Larrañaga Home. Home N° 1 (Hogar N° 1) is the only Government operated example in Uruguay of this new type of internment. There are however, various semi-official homes of this type. It was founded by Dr. Sarli in February 1952, and is located in the suburbs in an unused wing of a large hotel which belongs to the Municipality of Montevideo. The building is in a rather run down condition, but has the advantage of location (near the beach) and of a room with private bath for every three boys. The place is kept spotlessly clean and has the appearance of an unpretentious household. The Home was opened with 18 boys between the ages of 10 and 14, but now has reached its maximum capacity of 30. The couple in charge appear to be unassuming people with no specialized education, but what in Uruguay is known as "avocation", or the heart and will to help the youngsters. They have two children of their own living with the group—a boy of three and a girl of nine. The "father" of the Home receives a small salary, while his wife is unpaid. Each month the housefather requests the necessary food and clothing for the following month from the Division of Second Childhood. No cash has been budgeted for this agency so that necessary cash expenditures such as utilities or bus fares are an everlasting problem. Some of these expenses are paid by the couple in charge out of their own pocket, the rest come from various independent contributions which are not reliable. The cleaning is done by the boys themselves, but a cook and a laundress are supplied by the Division.

At the beginning, the housemother had difficulty in persuading the teacher of the local public school to accept her charges as pupils, but the boys have done so well once they were accepted that the problem no longer exists. Actually last year six of the boys received the highest scholastic awards in their classes and one entered the glee club and became the soloist. Each week a different child becomes chief of the dining room or bedrooms and he is responsible for the work of the week. Nothing is locked up and the children may take a bite of food from the pantry if they are hungry. They have a small carpenter shop and are taught a few arts and crafts such as basket weaving and leather work, but this is on a small scale because of lack of materials or money wherewith to buy them. In spite of the fact that the boys go to school on their own and are free to roam the town, there have been no cases of truancy or running away.

#### **Division of Adolescents and Labor.**

At the age of 14 the minor has reached the age where he passes from the protection of the Division of Second Childhood to being the responsibility of the Division of Adolescents and Labor. All information relating to the child, such as his schooling, payment of foster homes, case reviews, etc. is sent to the new Division. Children who by court order were detained in institutions pertaining to the Division of Second Childhood are moved to the institutions of the more advanced Division. The cases are reviewed again by the new administrators.

The place of detention of a minor over 14 years of age is now determined by his or her sex. If she is a girl she is taken to the Girls Home Nº 1 (Hogar Femenino Nº 1). This Home has someone on duty at all hours of the day or night. There are dormitory rooms for abandoned girls and one large dormitory room for girls picked up for prostitution. The girls remain at this center for 20 days more or less while undergoing psychological and medical examinations. During this time they are kept occupied with sewing and painting classes or if they have not completed their primary education, regular classes. Various gym classes are also given. The girls who have practiced prostitution and cannot be returned to their families are usually sent to the "Good Shepherd" (Buen Pastor) a school run by Catholic Nuns. However, if they are pregnant they are sent either to the "Bonne Garde" (up to 6 months pregnancy) or the "Refuge for Mothers" (Refugio de Madres) (6 months pregnant or more). It is suspected that since a regulation has come out that all girls picked up a second time for prostitution are sent directly to the Good Shepherd, the girls now become pregnant in



order not to have to go there. There are three other schools to which girls may be sent depending upon their aptitudes and what they themselves would like to do. They may be detained in the Domestic and Professional School (Escuela del Hogar y Profesional) where they continue their schooling; (2) They may go to the Farm Home (Hogar Agrario) where they learn to work on a farm or they may remain in the section known as "Perseverancia" in the Girls Home. This last group is made up of working girls. One-third of their income is placed in a savings bank,  $\frac{1}{3}$  they may keep for personal expenses and  $\frac{1}{3}$  is turned over as rent to the Home. The most difficult cases are turned over to foster homes rather than placed in schools. This gives the impression that except for the Good Shepherd the Homes are more "places to stay" than detentionment institutions.

The delinquent boy over 14 years of age is detained in the Boy's Home Nº 1 (Hogar Nº 1). Here he is given a medical examination. It is only a temporary detainment and if he is not released after an informal hearing he is moved to the Center of Minors Alvarez Cortes (Centro de Menores Alvarez Cortés) in Malvin, a suburb of Montevideo, where he remains under investigation and observation. There is no definite time limit as to how long the boy may remain there. The center has a capacity for 120 adolescents. Depending upon the results of the medical examination and psychological tests as well as the boy's conduct and education the next step may be as follows: 1) He may be returned to his family under the observation of a Guidance Clinic of the Children's Council. 2) He may be placed in a foster home. 3) He may be interned in a private school specializing in industrial training of various kinds. 4) If abnormal he is sent to the Obra Morquio institution. 5) Few who have shown exemplary conduct after being detained but cannot be returned to their families for one reason or another, and who have completed primary instruction may be sent to the Professional Educational Colony (Colonia de Educación Profesional) —a special school for more advanced studies. 6) The most difficult cases, recidivists, etc. are sent to the Educational Colony of Suarez (Colonia Educacional de Suárez).

The Educational Colony at Suarez is located about 26 miles from Montevideo. Its various sections cover about 800 acres most of which is used for farm training. Originally the Colony was a reformatory of the military type; it has been modernized and rearranged into 7 cottages. Each cottage has a couple in charge with 30 boys under their supervision. The cottage parents are untrained, but the rest of the personnel are professionals in their field. Two of the cottages are for mentally deficient boys. One in particular "El Cerrito" is worth mentioning. It is especially well run as the

couple in charge have worked many years with boys of this type and take a personal interest in each boy.

One of the cottages is reserved for boys who have a leaning towards agriculture. This group spends most of its time farming, raising chickens and doing other farm chores. The Colony has various small workshops where the boys learn carpentry, tailoring, printing, mattress making, baking and similar pursuits. They also receive regular schooling.

The boys may receive up to 30 Uruguayan pesos per month for their labor. They may spend half of the amount earned, the rest must be saved. Disciplinary measures are in the form of extra work or the restriction of liberty permits. As a special privilege, the boys may go to town to visit their families and friends over weekends. For boys whose families live in other parts of the country, passes for liberty up to 8 days may be given. In these cases travel is paid for the boys by the Institution.

Although the Children's Code declares a boy a minor until the age of 21 and under the control of the Children's Council, if a minor has committed a serious crime he may be kept in the Suarez Colony until the age of 23.

### Conclusions.

Uruguay treats the problem of delinquency mainly through prevention by taking care of children who are dependent or abandoned. However, when a delinquent act does occur they try to reintegrate the child into society either through the help of his immediate family, a foster family, or as a last resort an institution.

It is apparent that Uruguayan Children's Code is an example of the most modern liberal thinking in the treatment of juvenile delinquency. A cursory examination of the institutions set up to implement the Code indicates that a sincere effort has been made to live up to the ideals which are contained in it. The care given to abandoned children, the efforts to reintegrate minors into the natural environment of the home rather than attempting to intern them in institutions, and the work of re-educating maladjusted children all point to clear thinking and a high sense of service to the community. Even the term "delinquency" is unacceptable to Uruguayan social scientists. They prefer to speak of "social error" (*falta social*) which in itself involves a step towards a rational analysis of the problem.

This paper was written to give a general impression of the treatment of juvenile delinquents in Montevideo to students who have no knowledge of Spanish; Spanish speaking specialists can do better by consulting directly the references listed. The emphasis

has been placed upon the activities of official government agencies rather than upon the efforts of private or religious organizations. A more careful examination is required before final conclusions can be reached, for it appears possible that not all the techniques employed in the treatment of juvenile delinquents are equally advanced. It is also possible that the means given to carry out some of the programs envisaged by the Code may not have been commensurate with the intricacy of the problems. It is intended that further study shall be undertaken on these matters within a short time, so as to supplement this preliminary review, which is not intended to be definitive.

On the whole, the Uruguayan approach to the problem of delinquency through its Children's Code is probably one of the world's most advanced.

#### References.

- Achard, José P. — "Acción de los Juzgados Letrados de Menores y la Libertad Vigilada", Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social Juvenil, Montevideo, Marzo 1945 (1946) p. 177-185.
- Berro, Roberto. — "Factores de la Delincuencia Juvenil", Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social Juvenil, Montevideo, Marzo 1945 (1946) p. 35-45.
- Morey Otero Sebastián, — "Educación Correctiva del Delincuente", Anales de Instrucción Primaria, Epoca II, Tomo XIII Nº 3, Marzo 1950, Montevideo.
- Memoria del Consejo del Niño 1943 - 1946, — Presentada por el Presidente Director General Doctor Julio A. Bauzá, Consejo del Niño, Montevideo 1947. Dos tomos.
- Petrillo, Luis M. — "El Consejo del Niño", Conferencia dada en el Seminario del Trabajo, Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Montevideo, Abril 15, 1953.
- Sarli Domingo W., — "Salario Social Infantil. Un regimen de Protección a la Familia", Montevideo, Mayo 1951.
- Simón, Carlos. — "Educación de Niños y Jóvenes Abandonados o en Falta Social", Montevideo, 1943. (Conferencia dada 3 de enero 1943, Ateneo de Montevideo, la Convención de Maestros del Uruguay.).
- Tomé, Eustaquio, — "Código del Niño, Colección de Códigos de la República Oriental del Uruguay, Buenos Aires, Tip. Ed. Argentina, 1948 (2ª edición) 244 p.

## COMENTARIOS SOBRE LA NATALIDAD DE CADA UNO DE LOS DEPARTAMENTOS DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Por la señorita María A. Cappeletti y señor Libindo Noble Abella

(Uruguay)

El presente trabajo pretende comentar y poner en evidencia algunos aspectos de la natalidad del Uruguay, no en un nivel general o global, sino parcelarmente, lo que atañe a cada Departamento.

Estos comentarios toman como base la publicación oficial de

la Oficina de Estadística del Ministerio de Salud Pública que lleva por título "Noticioso Estadístico de Salud Pública" en cuyo N° 17, de marzo del corriente año, se han publicado los cuadros correspondientes a la natalidad del año 1950.

### DEPARTAMENTO DE ARTIGAS

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.738, de las cuales 1.180 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

40 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 11 son los nacimientos ocurridos durante 1949 e inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 507 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 29 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
04	51.5	07	18.7
01	33.6	08	18.4
02	31.3	05	14.3
09	24.5	06	9.7
03	22.5	—	

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.231, es menester decir que, de ellos, 814 eran legítimos y 417 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 33.8 %.

También debe observarse que de los 1.231 nacimientos tabulados, 137 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un bajo porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 11.1 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.



### DEPARTAMENTO DE CANELONES

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 3.128, de las cuales 2.768 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

54 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 4 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 302 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 9.7 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
08	20.2	05	14.2	03	9.5	02	6.5
10	14.5	13	12.6	09	8.3	01	4.8
11	14.4	06	10.9	14	8.—	15	2.2
16	14.3	07	10.8	04	7.5	12	1.9

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 2.826, es menester decir que, de ellos, 2.461 eran legítimos y 365 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 12.9 %.

También debe observarse que de los 2.826 nacimientos tabulados, 551 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un moderado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 19.4 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

### DEPARTAMENTO DE CERRO LARGO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 3.290, de las cuales 1.601 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridos en el mismo año.

38 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 25 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 1.626 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 49.4 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
05	78.4	02	57.—	06	46.9
09	66.4	04	55.2	01	37.1
10	63.5	07	52.4	12	28.6
03	58.9	11	52.2	08	22.1

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.664, es menester decir que, de ellos, 1.326 eran legítimos y 338 ilegítimos, lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 20.3 %.

También debe observarse que de los 1.664 nacimientos tabulados, 545 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un marcado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 32.7 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE COLONIA

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 2.327, de las cuales 2.095 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

26 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 5 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949, e inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían na-

cido 201 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 8.6 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
09	46.2	08	11.4	01	7.3	11	2.3
04	21.9	03	10.3	12	5.8	07	1.1
05	14.8	13	9.8	14	3.7	—	—
06	12.2	10	8.1	02	2.6	—	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 2.126 es menester decir que, de ellos, 1.666 eran legítimos y 460 ilegítimos, lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 21.6 %.

También debe observarse que de los 2.126 nacimientos tabulados, 543 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un moderado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 25.5 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE DURAZNO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.888, de las cuales 1.299 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

33 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días del año 1950; 7 son de nacimientos ocurridos durante el año 1949, e inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 549 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías

da un porcentaje de 29.1 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
05	59.7	04	37.1	09	21.7
06	49.3	13	32.7	01	18.1
11	40.5	12	31.8	03	11.1
02	39.4	10	25.—	—	—
07	38.4	08	22.9	—	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.339, es menester decir que, de ellos, 920 eran legítimos y 419 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 31.3 %.

También debe observarse que de los 1.339 nacimientos tabulados 464 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un marcado porcentaje de atendidos en internación, que alcanza al 34.6 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE FLORES

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 562, de las cuales 524 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

3 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días del año 1950; 2 son de nacimientos ocurridos durante el año 1949, e inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 33 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 5.9 % con respecto al total de inscripciones. Es inte-



resante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
02	41.7	01	4.8
05	25.—	04	2.6
06	16.7	03	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 529, es menester decir que, de ellos, 400 eran legítimos y 129 ilegítimos, lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 24.4 %.

También debe observarse que de los 529 nacimientos tabulados 207 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un elevado porcentaje de atendidos en internación, que alcanza al 39.1 % frente a porcentajes mucho más bajos que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE FLORIDA

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.289, de las cuales corresponden 1.080 a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

23 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días del año 1950; 3 son de nacimientos ocurridos durante el año 1949, e inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 183 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 14.2 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
03	66.7	07	27.5	10	8.4
04	57.6	11	25.—	01	5.4
06	54.1	02	16.3	12	3.5
08	48.5	13	15.8	—	—
09	31.3	05	14.3	—	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.106, es menester decir que, de ellos, 902 eran legítimos y 204 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 18.4 %.

También debe observarse que de los 1.106 nacimientos tabulados 515 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un elevado porcentaje de atendidos en internación, que alcanza al 46.6 % frente a porcentajes mucho más bajos que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE LAVALLEJA

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.822, de las cuales 1.351 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

36 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días del año 1950; 6 son de nacimientos ocurridos durante el año 1949, en inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 429 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 23.5 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
09	70.8	10	38.8	01	12.2
11	47.2	04	31.—	13	8.3
06	45.—	08	22.5	02	7.2
03	42.9	12	19.6	—	—
07	41.9	05	17.6	—	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.393, es menester decir que, de ellos, 1.082 eran legítimos y 311 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 22.3 %.

También debe observarse que de los 1.393 nacimientos tabulados, 328 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un moderado porcentaje de atendidos en internación, que alcanza sólo al 23.5 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE MALDONADO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.124, de las cuales 975 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

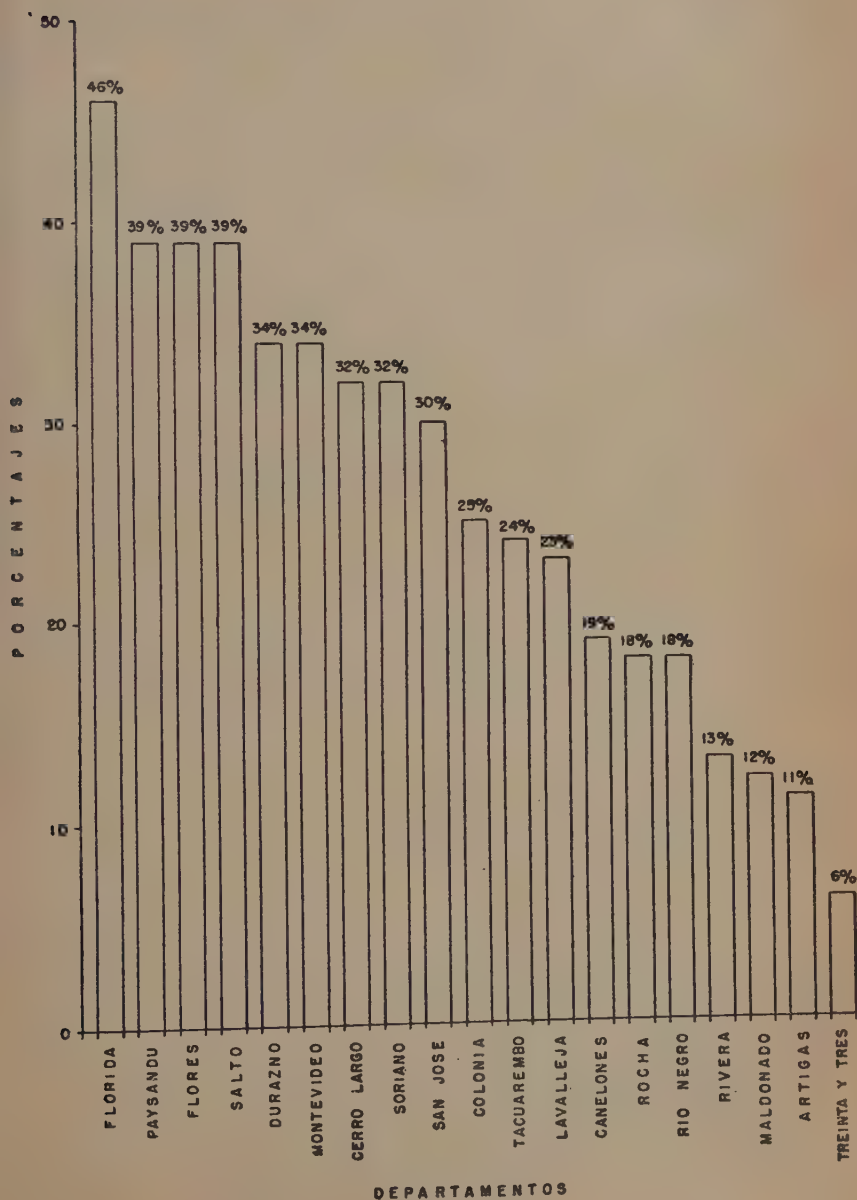
21 eran inscripciones de nacidos en 1949, pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días del año 1950; 2 son de nacimientos ocurridos durante el año 1949, e inscriptos en 1950, fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949, habían nacido 126 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 11.2 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento. En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
08	31.6	02	6.8
04	16.7	06	4.—
05	13.9	01	3.6
03	10.7	—	

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 998, es menester decir que, de ellos, 828 eran legítimos y 170 ilegítimos, lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 17 %.

También debe observarse que de los 998 nacimientos tabulados, 122 surgieron como consecuencia de partos atendidos en estable-

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS OCURRIDOS DE PARTOS ASISTIDOS  
 EN INTERNACION EN ESTABLECIMIENTOS GRATUITOS, POR DEPARTAMENTOS,  
 DURANTE EL AÑO 1950.





cimientos asistenciales públicos, lo que muestra un bajo porcentaje de atendidos en internación, que alcanza sólo al 12.2 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

### DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 19.239 de las cuales 17.239 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

313 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 42 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 1.645 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 8.6 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
01	35.1	15	18.6	10	11.3	13	7.0
06	28.8	03	18.4	04	10.9	08	6.4
22	28.6	12	15.3	09	10.6	24	6.1
02	27.7	20	11.9	21	7.4	14	3.8
16	23.4	11	11.6	19	7.3	18	2.5
05	19.1	17	11.5	07	7.2	23	1.4

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 17.594, es menester decir que, de ellos, 14.495 eran legítimos y 3.099 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 17.6 %.

También debe observarse que de los 17.594 nacimientos tabulados 5.982 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra sólo un

marcado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 34 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE PAYSANDU

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.824 de las cuales 1.561 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridos en el mismo año.

12 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 9 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 242 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 13.3 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
02	38.8	04	17.4
06	28.6	08	12.5
09	28.2	11	11.6
07	25.—	01	9.2
10	19.8	05	—
03	13.9	—	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.582, es menester decir que, de ellos 1.147 eran legítimos y 435 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 27.5 %.

También debe observarse que de los 1.582 nacimientos tabulados 624 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un elevado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 39.4 % frente a porcentajes mucho más bajos que se pueden observar en los otros departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE RIO NEGRO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.229 de las cuales 1.052 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

24 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 8 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 145 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 11.8 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
09	54.1	03	7.3
11	46.2	02	6.4
10	34.8	01	5.7
08	24.1	05	3.3
04	12.5	07	—
06	8.5	12	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.084, es menester decir que, de ellos, 710 eran legítimos y 374 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 34.5 %.

También debe observarse que de los 1.084 nacimientos tabulados 196 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un moderado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 18.1 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en

los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

### DEPARTAMENTO DE RIVERA

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 3.886 de las cuales 1.678 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridos en el mismo año.

55 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 15 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 2.138 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 55.2 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
02	67.6	05	44.6
07	67.5	08	44.6
03	66.4	09	41.7
06	64.9	04	34.4
01	52.0	—	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.748, es menester decir que, de ellos, 1.285 eran legítimos y 463 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 26.5 %.

También debe observarse que de los 1.748 nacimientos tabulados 238 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un bajo porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 13.6 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.



## DEPARTAMENTO DE ROCHA

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.744 de las cuales 1.153 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

30 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 11 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 550 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 31.5 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
02	58.3	03	31.6
05	55.3	04	28.3
06	47.3	01	14.3
08	40.0	09	13.4
07	37.5	10	—

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.194, es menester decir que, de ellos, 862 eran legítimos, y 332 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 27.8 %.

También debe observarse que de los 1.194 nacimientos tabulados 223 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un moderado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 18.7 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

## DEPARTAMENTO DE SALTO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 2.902 de las cuales 2.213 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridos en el mismo año.

47 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 3 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 639 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 22.0 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
06	61.8	10	30.9	11	21.2
07	43.6	03	29.1	01	12.7
05	40.9	09	28.9	02	8.9
08	37.5	04	24.0		

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 2.263, es menester decir que, de ellos, 1.360 eran legítimos y 903 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 39.9 %.

También debe observarse que de los 2.263 nacimientos tabulados 885 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un elevado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 39.1 % frente a porcentajes mucho más bajos que se pueden observar en los otros departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE SAN JOSE

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.392 de las cuales 1.283 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridos en el mismo año.

26 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 1 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 82 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos

tos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 5.8 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

**En orden decreciente:**

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.310, es menester decir que, de ellos 1.171 eran legítimos y 139 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 10.6 %.

También debe observarse que de los 1.310 nacimientos tabulados 396 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un marcado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 30.2 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
04	31.6	01	5.2
03	11.8	07	3.4
02	13.6	06	3.1
05	6.8		

**DEPARTAMENTO DE SORIANO**

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 2.118 de las cuales 1.855 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

24 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 1 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 238 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 11.2 % con respecto al total de inscripciones. Es inte-

resante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
07	33.3	01	13.0	12	3.5
04	26.5	11	10.5	02	2.4
10	25.0	06	8.7	09	—
05	16.7	03	7.8	14	—
08	14.0	13	7.8		

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.880, es menester decir que, de ellos, 1.288 eran legítimos y 592 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 31.5 %.

También debe observarse que de los 1.880 nacimientos tabulados 605 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un marcado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza al 32.2 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

#### DEPARTAMENTO DE TACUAREMBO

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 3.505 de las cuales 1.926 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridos en el mismo año.

40 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950; 15 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 1.524 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 43.5 con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.



En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
03	80.4	07	59.2	01	20.9
02	70.9	04	52.1	12	—
08	64.0	06	33.7	13	—
05	63.7	11	31.4	14	—
09	62.4	10	25.1		

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 1.981, es menester decir que, de ellos, 1.365 eran legítimos y 616 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 31.1 %.

También debe observarse que de los 1.981 nacimientos tabulados 487 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un moderado porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 24.6 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

### DEPARTAMENTO DE TREINTA Y TRES

El número de inscripciones ocurridas durante el año 1950 ascendió a 1.487 de los cuales 852 corresponden a inscripciones de nacimientos ocurridas en el mismo año.

23 eran inscripciones de nacidos en 1949 pero inscriptos dentro de los plazos legales, en los primeros días de 1950, 25 son los nacimientos ocurridos durante el año 1949 e inscriptos en 1950 fuera de los plazos legales. En años anteriores a 1949 habían nacido 587 de los inscriptos y es ésta la cifra que se debe descartar del total de inscripciones para obtener la cifra de los nacimientos que se tabulan, de acuerdo con el criterio sostenido en la publicación original. Ese número de inscripciones tardías da un porcentaje de 39.5 % con respecto al total de inscripciones. Es interesante observar los diferentes porcentajes de inscripciones tardías en las diversas secciones judiciales del Departamento.

En orden decreciente:

Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%	Sec. Jud.	%
06	71.9	02	47.4	01	29.8
08	53.7	07	37.9	09	28.9
04	47.5	05	37.3	03	22.7

Con referencia al número de nacimientos que se tabulan, o sea 900, es menester decir que, de ellos, 625 eran legítimos y 275 ilegítimos lo que representa un porcentaje de ilegitimidad de 30.1 %.

También debe observarse que de los 900 nacimientos tabulados 55 surgieron como consecuencia de partos atendidos en establecimientos asistenciales públicos, lo que muestra un bajo porcentaje de asistidos en internación, que alcanza sólo al 6.1 % frente a porcentajes mucho más elevados que se pueden observar en los otros Departamentos.

La distribución de los nacimientos legítimos e ilegítimos en los diferentes meses del año no ofrece diferencias que merezcan tomarse en cuenta.

## LAS CONSECUENCIAS PERJUDICIALES DEL TRABAJO PROFESIONAL DE LAS MUJERES

Por el doctor Marco Redner  
(Uruguay)

Participando en el "II Seminario de Trabajo" dirigido por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia en Montevideo, yo tuve una muy buena ocasión de encontrar otra vez el importante problema del trabajo femenino, que ya había estudiado con anterioridad detenidamente como becario del Curso Internacional de la Pediatría Social en París en el año 1950, considerando las innumerables cuestiones sociales que inquietan y perturban la vida humana contemporánea, y buscando las más razonables soluciones llegué a la convicción de que el problema del trabajo profesional femenino constituye un mal social primordial, el origen de muchos otros problemas sociales secundarios, que forman una larga cadena de causas y secuelas, o mejor dicho un gran círculo vicioso sin salida. Los eslabones de esta cadena son los siguientes:

1. El trabajo de las mujeres en masa.
2. La desocupación de los hombres en períodos críticos.
3. La depreciación del trabajo masculino y la disminución de sus salarios.
4. La caída del prestigio del marido en el hogar familiar.
5. La disminución de la nupcialidad y de la natalidad por aumento del número de solteros y por retardo de los casamientos.
6. El abandono de los niños por la madre trabajadora con todas sus consecuencias, (mayor mortalidad neonatal, e infantil, delincuencia infantil, o mala educación, ausentismo escolar, vagabundismo, etc.).
7. Perturbaciones en la vida familiar hasta la descomposición total del hogar.
8. La restricción (regularización) voluntaria de la natalidad por la mujer que trabaja.
9. La natalidad ilegítima.

En la clase dictada por la distinguida trabajadora social, Srta. Freire Muñoz hemos obtenido interesantes informaciones en esta materia. Nos presentó esa Profesora, la gran extensión de este mal social en nuestro país, así como sus graves consecuencias sociales y morales sobre la vida familiar, la educación y mal desarrollo de los niños abandonados. Además pudimos en esta clase estudiar buenos cuadros estadísticos, elaborados por el "Servicio Social Aguada" dirigido por la Srta. Freire Muñoz en base a sus observaciones directas y estudios en el material de alrededor de 800 mujeres atendidas por este Servicio.

Con autorización de la estimada autora, he copiado una parte de los cuadros más interesantes y los agregué a este trabajo, para demostrar por medio de las cifras elocuentes las proporciones del trabajo profesional en nuestro medio, suponiendo, que el relativamente pequeño grupo de mujeres asistidas por la mencionada organización social, puede servir como una muestra bastante significativa y expresiva, para sacar algunas conclusiones, tanto más cuanto, que nosotros no tenemos por ahora otras fuentes de información por falta del censo general de la población.

#### "¿Qué nos dicen estas tablas?"

El Cuadro I nos muestra que 79.4 % de los hogares atendidos por la Sociedad están sostenidos con intervención del trabajo femenino, y sólo 18 % por hombres solos (además 2.6 % pensionistas).

Entre los 79.4 % mujeres, que están trabajando para el sostenimiento de sus familias hay 52.5 % de madres y 26.9 % de

hijas, es decir, que la gran mayoría en este grupo constituyen las madres, obligadas a trabajar.

El cuadro II nos presenta la distribución de los 79.4 % de mujeres trabajadoras por distintos sectores de su actividad.

Solamente 15.3 % del total están trabajando en su domicilio (12.3 % de madres y 3 % de hijas) mientras que las restantes 64.1 % trabajan afuera, abandonando su hogar. Un gran porcentaje 25.8 % de las mujeres figuran en el grupo del servicio doméstico (20.8 % de madres y 5 % de hijas).

En fin restan 38.3 % en el grupo mayor de las trabajadoras en industria y comercio.

Las hemos visto dos veces, visitando las fábricas textiles, la primera vez las encontramos en la gigantesca fábrica textil "Campanas" en Juan Lacaze y otra vez en la gran usina "Alpargatas" en la capital.

En ambos casos pudimos observar estos pobres seres humanos tan frágiles y débiles, siempre de pie al lado de las terribles máquinas trabajando con máxima tensión y atención, con plena concentración de sus esfuerzos físicos y psíquicos, siempre en medio de infernales ruidos ensordecedores. Sentí en este momento una compasión profunda, pensando que al mismo tiempo sus compañeras y vecinas viven tranquila y felizmente en sus casas, cuidando y mimando a sus hijos o maridos, o pasean con ellos libremente a pleno aire y sol. Cuando al fin extremadamente cansadas vuelven a su casa, ¿qué pueden hacer más para su familia? Creo, que lo único, que desean entonces, es acostarse en su cama y dormir, y nada más.

¿Cómo vive la familia, a qué asiste el Servicio Social Católico?

69.3 % viven en 1 sola pieza.

22 % viven en 2 habitaciones.

y sólo 14.1 % viven en más de 2 habitaciones.

Todas las otras historias y tragedias de su vida se pueden estudiar en los interesantes ficheros y carpetas de la Srta Freire Muñoz.

En seguida voy a presentar uno de los más importantes aspectos del trabajo profesional femenino, es decir, su influencia perjudicial sobre la natalidad y mortalidad infantil.

## EL TRABAJO PROFESIONAL DE LAS MUJERES Y SU INFLUENCIA SOBRE LA NATALIDAD

El trabajo de la mujer tiene sin duda una influencia sobre la evolución del embarazo, del parto, del puerperio y también sobre el destino del hijo, y por lo tanto influye directa o indirectamente sobre la natalidad del país.



En primer lugar hay diversos accidentes del trabajo, que provocan a menudo abortos, partos prematuros, la muerte del feto maduro, o que aun causan la muerte de la madre misma y por lo tanto disminuyen considerablemente la fertilidad de la nación. Por otra parte sabemos bien que hay industrias especiales, que provocan intoxicaciones crónicas como por ejemplo la industria del plomo. Muy interesantes son los resultados de las investigaciones llevadas a cabo en este sentido por la Oficina del Niño del Departamento de Trabajo en los Estados Unidos por medio de los más eminentes especialistas en los problemas de la influencia del trabajo profesional. Daremos algunos de esos detalles.

Las investigaciones del Dr. Read sobre las mujeres que trabajan en la industria de plomo dieron los siguientes resultados publicados por la citada Oficina del U.S. Department of Labor.

- a) Tasa de abortos entre las mujeres, que no trabajan 16. %
- b) En las mujeres, que trabajan en la industria del plomo antes de su matrimonio ..... 25.6 %
- c) Desde su matrimonio. .... 30. %

Las investigaciones de Taussig, mencionadas en su libro "Abortions spontaneus and induced" demuestran los resultados siguientes:

Entre 123 mujeres embarazadas ocupadas en la industria del plomo ocurrieron:

64 casos de aborto (52 %).

9 casos de muerte durante el parto.

35 casos murieron en los próximos 3 años y solamente 15 niños permanecieron vivos.

También en las industrias no químicas las condiciones desfavorables del trabajo aumentan considerablemente la mortinatalidad.

El profesor Hirsch en su trabajo "El Trabajo y las enfermedades de las mujeres" demuestra que entre 636 embarazadas ocupadas en la industria textil ocurrieron 270 partos complicados (distócicos) es decir 42 %. Se explica este fenómeno por la admisión preccz de las muchachas jóvenes al trabajo, que produce en ellas muy a menudo, deformaciones de la pelvis y de las vértebras (estrechez de la pelvis) como consecuencia del trabajo prolongado en posición vertical.

Tales deformaciones conducen a varios disturbios del parto, que amenazan la vida de la madre y del feto.

No hay duda, que el trabajo físico de la mujer durante el embarazo, y especialmente en las últimas semanas impide el desarrollo normal del feto. Estos niños aun nacidos a término, presentan

un peso anormal, desarrollo insuficiente, signos de debilidad congénita, es decir una capacidad vital disminuida, con menor resistencia contra las infecciones, y con una insuficiencia del aparato respiratorio, digestivo o circulatorio.

De tal manera se explica la elevada tasa de mortalidad de estos niños en el primer año de la vida, y especialmente en el primer mes en la llamada etapa del recién-nacido (La neo-mortinatalidad).

## CUADRO Nº XIV

Children's Bureau de U. S. Department of Labor Woodburg  
Causal factors in infant mortality.

Influencia del trabajo femenino y del reposo antes del parto sobre la mortalidad infantil y neo-natal.

Concepto	La tasa de mortalidad	
	infantil menores de 1 año	de recién nacidos menores de 1 mes
Si las madres no trabajan.	96.5	42.7
Si las madres trabajan solamente en su casa.	109.2	34.8
Si las madres trabajan afuera.	175.8	62.8
Si las madres trabajan sin licencia durante todo su embarazo.	244.2	110.6
Si las madres trabajan con licencia menor de un mes antes del parto.	187.5	83.3
Si las madres trabajan con licencia mayor de un mes antes del parto.	169.3	58.1

Observaciones sobre 23.000 niños en 8 ciudades de Estados Unidos.

Cours de Pédiatrie Sociale — Paris 1948. Pág. 401.

En este cuadro se ve muy claramente que la mínima tasa de mortalidad infantil y neo-natal se encuentra en el grupo de las madres que no trabajan. Las cifras respectivas son: 96.5 y 42.7 estos números aumentan dos veces y media en el grupo, las ma-

dres que trabajan sin licencia durante todo su embarazo alcanzando las tasas respectivas 244.2 y 110.6. Mucho menor es el perjuicio si las madres trabajan en su casa (109.2 y 34.8) y si trabajan con licencia mayor de un mes antes del parto (169.3 - 58.1).

El cuadro siguiente N° XV que procede de la misma fuente es decir del Children's Bureau del U.S. Department of Labor nos demuestra los daños causados a los niños por la separación parcial o total de la madre, de su hijo durante el primer año de su vida.

Los estudios interesantísimos del Prof. Kistney en esta materia presentan los resultados claramente evidentes en este cuadro.

La tasa general de mortalidad infantil es de 130.3. La misma tasa para el grupo de niños cuyas madres no trabajan y pueden dedicarse totalmente al cuidado de sus niños, es mucho más baja, 92.3.

Un poco más alta en el grupo de niños cuya madre trabaja solamente en su casa (104.3). Rápidamente se eleva esta cifra hasta 186.1 en el grupo de niños cuyas madres trabajan y alcanza la máxima de 252.6 si la madre trabaja lejos de su casa, es decir superando la mortalidad infantil de este grupo en dos veces la mortalidad general infantil, más de dos veces y media la mortalidad de los niños cuyas madres no están trabajando.

#### CUADRO N° XV

Cours de Pédiatrie Sociale Paris 1948. (Página N° 408).

La relación entre la mortalidad infantil y el trabajo de la madre durante el año siguiente al parto.

Relación de la mujer madre con el trabajo después del parto.	Tasa de mortalidad infantil.
Tasa general de mortalidad infantil.	130.3
Si las madres no trabajan después del parto.	92.3
Si las madres trabajan.	186.1
Si las madres trabajan en su casa.	104.3
Si las madres trabajan lejos de su casa.	252.6

Resultados análogos ha obtenido el Prof. Rochester, de la misma Oficina Norteamericana, de sus estudios sobre la "Infant mortality" publicados por él en el Boletín N° 119 en el año 1923, y presentados parcialmente en la Tabla N° XVI.

Las cifras de esta tabla demuestran la influencia considerable

de la fecha de la vuelta de la madre al trabajo luego del parto. Si la madre abandona su niño antes de terminar el 1er. mes después del parto, la tasa de mortalidad infantil es decir mortalidad ne natal alcanza la cifra máxima de 217, superando en más de 3 veces la cifra 65 de la tasa de mortalidad si la madre trabaja en su casa. Pero esa diferencia va disminuyendo a medida que el niño crece mes a mes, y el peligro de la separación de la madre será cada vez menor, así que en el último grupo de niños de 6 - 12 meses la diferencia es menor.

## CUADRO N° XVI

Prof. Rochester: Children's Bureau of U.S. Department of Labor. Infant Mortality Bulletin (N° 119-1923).

El trabajo de la madre y la mortalidad infantil.

Edad del niño en el momento de la vuelta de la madre al trabajo.	La tasa de mortalidad Si la madre está trabajando	
	En su casa	Fuera de su casa
Menos de 1 mes.	65	217
de 1-2 meses	62	144
de 2-3 meses	44	91
de 3-6 meses	24	94
de 6-12 meses	15	29

Vemos claramente en este cuadro que el peligro de la separación de la madre de la casa, para la vida del niño, es en general muy grande, pero disminuye considerablemente a medida que el hijo crece. En el 1er. mes de la vida la mortalidad infantil es casi 4 veces mayor si la madre trabaja afuera, mientras que en el segundo semestre solamente 2 veces más. Los resultados obtenidos por los científicos norteamericanos coinciden con las estadísticas alemanas y francesas en esta materia.

El Prof. Hirsch estudiando la mortalidad infantil en París en los años 1911-1913 demostró, que en los barrios obreros la mortalidad era 4 veces más grande que en los barrios más ricos. Lo mismo demuestra por cifras bastante elocuentes la estadística sueca sobre la mortalidad infantil en Estocolmo en el año 1930 como lo presenta el Cuadro N° XVII donde se ve la importante influencia del ambiente social sobre la mortalidad infantil.



## CUADRO N° XVII

Mortalidad infantil en Estocolmo en el año 1930 en relación con los ingresos mensuales de la familia.

Ingresos mensuales	La tasa de mortalidad infantil.
En promedio.	36.7
Ingresos inferiores a 4000 coronas.	48.9
Ingresos de 4000-6000 coronas.	38.2
Ingresos de 6000-10.000 coronas.	32.0
Ingresos superiores a 10.000 coronas.	14.3

El famoso Prof. francés Adolfo Pinard, el creador de la puericultura, determina su punto de vista en el problema del trabajo femenino de manera bien clara y sencilla.

El condena totalmente todo trabajo de la mujer embarazada, a dejar su niño en casa-cuna, cuando sale de su hogar para su trabajo afuera. El Prof. Pinard reclama un reposo completo durante todo el embarazo, pues hay muchísimas mujeres que ya desde principio de la gestación se sienten mal y su organismo no tolera labores físicas difíciles y por lo tanto muy a menudo dan a luz niños prematuros o débiles.

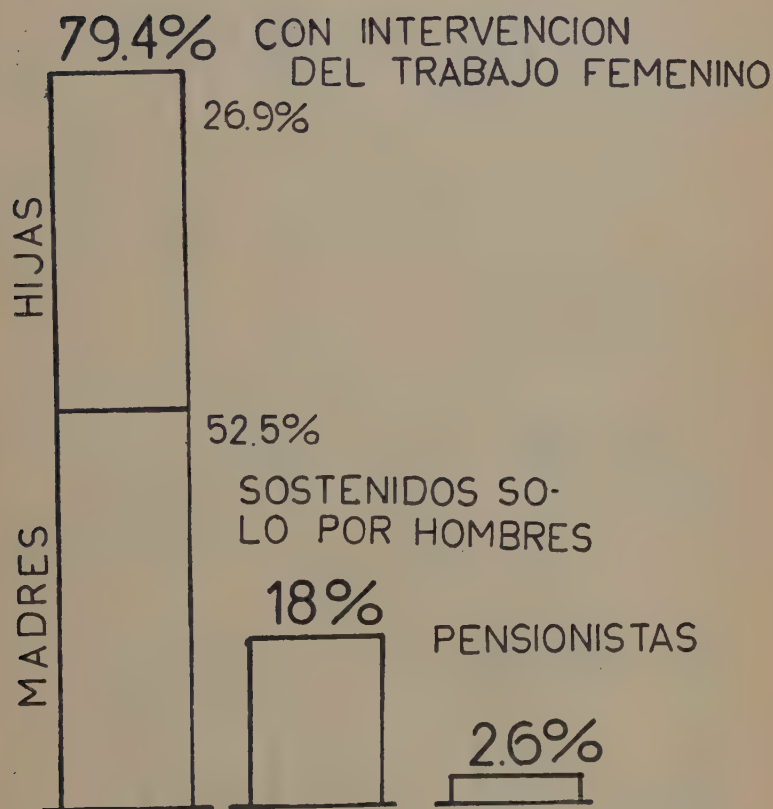
Debe permanecer toda mujer embarazada en su casa desde el primer momento, si queremos asegurar la terminación normal de la gestación, así como un nacimiento normal.

El Prof. Pinard se opone fuertemente a todas las formas de separación entre la madre y su niño. El admite solamente los establecimientos de niños y maternidades donde la madre permanece constantemente con su niño. El exige un contacto directo permanente de la madre con su niño, considerando que la maternidad no se termina en el momento del parto sino que la misma debe continuar en la que él llama: la maternidad del seno, que tiene la misma importancia que la maternidad de la sangre. El Prof. Pinard no reconoce otra manera de alimentar al niño más que con la leche de la madre.

#### EL TRABAJO DE LA MUJER Y LA REGULACION VOLUNTARIA DE LA NATALIDAD

Los hechos antes citados prueban que el trabajo profesional de la mujer crea múltiples dificultades y peligros para la madre así como para su hijo, amenazando su salud y aún su vida en cada etapa de la evolución pre y postnatal.

## APORTE de la MUJER POR $\%$ 100 HOGARES ATENDIDOS

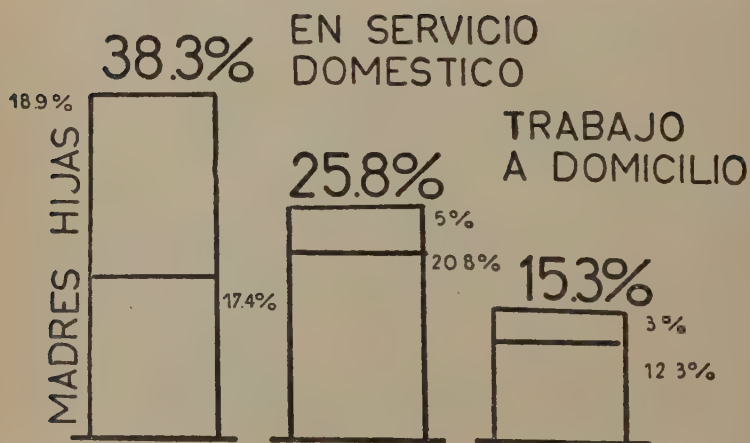


# TRABAJO de la MUJER

## POR SECTORES de ACTIVIDAD

SOBRE EL 79.4%

EN INDUSTRIA  
Y COMERCIO



De otra parte el embarazo y desde luego la alimentación del recién nacido inhibe o hace imposible el cumplimiento de las obligaciones profesionales de la mujer trabajadora fuera de su casa.

Por lo tanto para evitar este inconveniente, los matrimonios, en los que la esposa tiene necesidad de trabajar afuera prefieren no tener hijos. En cambio en la campaña, donde la mujer puede trabajar en su casa en condiciones cómodas y favorables este obstáculo no existe y la natalidad es entonces mucho mayor que en las ciudades, donde una gran cantidad de las mujeres casadas trabajan fuera de su casa.

Un hecho parecido se puede observar en los países orientales y en otros donde no se permite a las mujeres trabajar fuera de la casa.

La natalidad en estos países es mucho mayor, que en los países progresistas. La emancipación conquistada por las mujeres en el siglo XIX admitiéndolas en casi todas las profesiones así como el rápido desarrollo de la industria en los grandes centros urbanos causó una progresiva caída de la natalidad proporcional al número creciente de mujeres ocupadas. Por lo tanto al mismo tiempo apareció un fenómeno concomitante y lógicamente imprescindible, la regularización consciente (la restricción voluntaria) de la procreación por los padres. Como veremos más adelante participan aquí muchos otros factores, pero el factor más importante es el constituido por la necesidad del trabajo profesional de la mujer, si del producido de este trabajo, depende el sustento de la familia.

Gravísimas consecuencias del trabajo profesional femenino se pueden observar, sobre todo en la Rusia Soviética y en los países ocupados por ella donde casi todas las mujeres están ocupadas fuera de la casa, bajo una presión moral fuerte en este sentido.

Prácticamente se puede decir, que el trabajo femenino es generalizado. Las mujeres soviéticas están trabajando en las profesiones más difíciles y perjudiciales, como por ejemplo en las minas, en fábricas químicas, en la metalurgia pesada y aun en el servicio militar. Durante la última guerra luchaban en el frente de batalla. Para estimular a la mujer soviética en la participación ilimitada en la vida social y en el trabajo profesional, el gobierno comunista se vió obligado a introducir leyes facilitando los divorcios, los abortos legales, reconociendo abiertamente el derecho de la mujer a la restricción voluntaria de la prole, en base de la idea de que la mujer disponga libremente de su cuerpo.

Este experimento interesante tuvo consecuencias rápidas y tristísimas. El número de abortos legales aumentó de 6.700 en el año 1921 hasta 80.000 en el año 1931, solamente en la Ucrania.

En una sola República Soviética (Ucrania) la disminución de los nacimientos durante 3 años fué de 137.000.



El gobierno soviético, por lo tanto, se vió obligado a restituir las leyes prohibitivas de los abortos e introducir severas restricciones de los divorcios tratando de reforzar la vida familiar y aumentar la natalidad del país. En el año 1944 después de la II guerra mundial, para sustituir las pérdidas sufridas en el material humano, el gobierno soviético agudizó más estas leyes protectoras del hogar familiar, reconociendo demasiado tarde su valor decisivo en la vida, en la existencia, así como en la productividad del matrimonio. Pero lamentablemente el trabajo forzado de las mujeres soviéticas todavía se mantiene en la escala casi anterior lo que no permitirá nunca alcanzar la alta tasa de natalidad, que en la Rusia pre-revolucionaria era proverbial en Europa.

No hay datos estadísticos de la Rusia soviética desde hace muchos años, disimulando este gobierno sistemáticamente todas sus actuaciones. Por lo tanto no conocemos precisamente las consecuencias del trabajo forzado sobre la natalidad y la mortalidad infantil, en Rusia. Pero teniendo en cuenta las secuelas del trabajo profesional en otros países del mundo, no hay duda alguna que en la Rusia Soviética, las pérdidas son mucho mayores, si no catastróficas.

Como prueba de que este panorama en Rusia no ha tenido aún ninguna variación, me parece oportuno leer un artículo que publicó el Día, escrito por una periodista americana Mrs. Jane S. Mcilvaine, luego de su reciente visita a Moscú (Marzo 1953).

"NUEVA YORK, abril 12 (INS). — La mujer hoy impera en Rusia. Si quiere forjar acero, manejar grúas, o usar detectores de minas. No hay coquetería pero hay igualdad. Por donde fui durante mis siete días en Moscú ví a mujeres haciendo el trabajo de los hombres. Manejaban taladros, tranvías y locomotoras, plantaban árboles, construfan edificios.

"La costilla de Adán es la espina dorsal de la Unión Soviética. Casi todas las mujeres rusas trabajan porque lo precisan.

"Las sufraguistas de antaño habrían pensado dos veces antes de marchar por la quinta avenida de Nueva York o el Whitehall de Londres si hubiesen previsto hasta qué punto iba a llegar en Rusia la igualdad de los sexos.

"En la gigantesca fábrica de automóviles Stalin, el director me dijo con orgullo que la mitad de los obreros eran mujeres. Al visitar las instalaciones ví muchas en fundición trabajando junto a los hombres. Sin anteojos, guantes de asbesto, ni ninguna de las precauciones que los norteamericanos consideran esenciales para la seguridad, las mujeres vacían metal derretido y operan fundiciones abiertas. Al pasar, las chispas llovían sobre nosotros pero las mujeres no se quemaban ni una pestaña. El director calificó a las mujeres de "stakhanovites" (excepcio-

“nalmente buenas) y las elogió por su alta producción. En Rusia “el lugar de la mujer no está definitivamente en el hogar. Las “mujeres soviéticas dejan a sus niños en las “creches” que hay “en todas las fábricas y muchas madres no ven a sus hijos desde “el lunes por la mañana hasta el sábado por la noche.

“Sin embargo ví a niñas que no parecían tener más de 14, “lavando pisos en el subterráneo, cuidando en las avenidas de “los árboles que habían sido forrados para protegerlos del frío “invernal, colocando ladrillos. Ví a ladrilleras cargando cuezos “hasta 10 pisos de altura”.

La Directora del Departamento de la Protección Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública en Polonia, ocupada por los rusos, en la primera sesión del IX Congreso de Pediatras Polacos en Sopoty en el año pasado (1952) pronunció un discurso del que se puede extraer interesantes conceptos.

Dicha Señora dijo lo siguiente: “En el problema de la reconstrucción industrial de nuestro país, un papel primordial tiene la “ocupación generalizada de las mujeres.

“Un factor muy importante que podría elevar la producción “(la capacidad productiva) del trabajo femenino es el de asegurar la protección de sus niños en las casas cunas durante las horas de la ocupación de las madres, especialmente en las industrias básicas de nuestra producción socializada (es decir en las minas, en la industria pesada, metalúrgica, química, de armas) “debemos facilitar la ocupación de las mujeres asegurando de nuestra parte a las madres, su trabajo tranquilo y continuo.”

Luego expresó esta Señora: “En las casas cunas se debe asegurar lugares que estén a disposición de las madres, dando preferencias a las que trabajan en las empresas industriales más “importantes”.

Resulta de estas palabras lógicamente que el gobierno llamado democrático favorece una categoría excepcional de niños y madres, calificándolos según la clase del trabajo de la madre y no tomando en cuenta ni la posición material de la familia, ni sus condiciones higiénicas, ni el estado de salud del niño, etc. Todo eso para estimularla en el trabajo pesado.

Lo mismo surge de los capítulos siguientes: “La lucha contra “las enfermedades infecciosas significa sobre todo una medida “preventiva contra el ausentismo de las mujeres en el trabajo por “causa de la enfermedad suya o de su niño. Luego en nuestra actividad médico-preventiva, tenemos que concentrar todos los esfuerzos, en primer lugar hacia la protección de la salud de la mujer trabajadora en la industria y del niño obrero”.

Pero no puede la misma Señora disimular el hecho triste, que la mortalidad infantil en su país es muy elevada, mucho más que

en los países capitalistas, que en las grandes ciudades polacas esa mortalidad alcanza 87/1000 y la mortalidad en los primeros tres meses de la vida es 10 veces mayor lo que resulta, según la opinión de la Directora del Departamento de la Protección Materno Infantil, por falta de médicos pediatras especializados, por falta del personal secundario adecuado, por falta de salas especiales para prematuros y las estaciones de leche materna.

También confiesa la Señora que en las casas de niños, éstos se desarrollan mal y se quedan atrasados física y psíquicamente, por falta de cuidados cordiales y sentimentales de parte del personal, lo que se debe y puede alcanzar en el futuro por aplicación de los métodos psicológicos del famoso fisiólogo ruso Pawlow.

No puede naturalmente decir la verdad que seguramente ella bien conoce, que la causa principal del fracaso consiste en la ausencia de la madre en la casa, en falta de los cuidados maternos sobre el pobre niño, por su trabajo afuera de su casa.

Desde mi punto de vista ningún método, ni aun uno tan hermoso y generoso como el del Prof. Pawlow, lograría sustituir la madre para su niño, ni su amor profundo, ni sus cariños divinos, ni el calor de su cuerpo y de su alma, ni sus ojos amorosamente vigilantes, ni sus oídos los más sencillos y comprensibles a la palabra y a los deseos y sufrimientos del niño.

Separar la madre de su hijo es un crimen contra la majestad de la maternidad y significa una contradicción paradójica desde el punto de vista de los principios generalmente reconocidos médico sociales.

Un experimento completamente contrario al soviético se pudo observar en Alemania; bajo la tiranía del famoso Adolfo Hitler entre los años 1935-1945. Vamos a ver: después de la 1er. guerra mundial comenzó en Alemania una rápida disminución de la natalidad, causada por la miseria de la nación, por la desocupación de millones de obreros, por la caída de la nupcialidad, y sobre todo por el trabajo profesional en masa de las mujeres alemanas, llamadas durante la 1er. guerra mundial por el gobierno a sustituir a sus esposos en todos los puestos civiles. Después de la terminación de la guerra, las mujeres permanecieron trabajando y no querían volver a sus casas, aumentando por lo tanto la desocupación y la miseria de hombres desmovilizados. Por otra parte se oponían a tener hijos para poder mantener sus puestos de trabajo y para evitar las demás dificultades de la vida. Cuando Hitler llegó al poder y empezó a preparar sus planes conquistadores decidió aumentar rápidamente y a cualquier precio la cantidad de reclutas, es decir la famosa "carne de cañón" para la segunda guerra mundial. Con esa intención el gobierno nazi obligó a las mujeres a abandonar sus puestos de trabajo y volver al hogar, limitando

solamente a tres las ocupaciones femeninas, Kinder, Kirche, Küche, las tres famosas letras K que significa en castellano Niños, Iglesia, Cocina. De esa manera intentaba el tirano nazi resucitar la vieja tradición germánica en todos los dominios de la vida, también en este sentido prohibió a las mujeres fumar cigarrillos, utilizar cosméticos y anuló muchas otras conquistas del movimiento de emancipación femenina. Por la reconstrucción del "hogar familiar y la elevación de la disciplina moral" esperaba obtener un aumento rápido de la natalidad.

Con el mismo propósito, Hitler introdujo una ley especial, asegurando un premio para los matrimonios jóvenes en forma de préstamos a largo plazo y sin interés, como base económica. Cada hijo recién nacido disminuía automáticamente la deuda en 25 %. Si el matrimonio producía 4 hijos, el total de la deuda quedaba saldada.

El éxito de este experimento fué muy bueno. En el año 1933 el número de casamientos en Alemania fué de 121.229 más que en el año 1932. En el año 1934 el número de nacimientos fué de 225.622 más, que en el año anterior.

Al mismo tiempo se liquidó la desocupación de los hombres, que podían ganar la vida y reconquistar su autoridad plena en el sector familiar. De esta manera se resolvió de una vez dos agudos problemas sociales, con éxito satisfactorio.

Lo mismo ocurrió también en Austria, después del Anschluss, es decir de la ocupación de este país por Hitler.

Para evitar un malentendido quiero destacar, que no es mi intención elogiar el horrible sistema totalitario del führer nazi, pero me siento obligado a relacionar los hechos objetivamente. Probablemente en condiciones normales pacíficas las reformas sociales radicales en el sector femenino, introducidas por Hitler podían cumplir su propósito de aumentar la natalidad del país, así como su nivel general de la vida hasta una altura muy grande.

Comparando el éxito de este experimento con el de la Rusia soviética podemos decir lo siguiente: ambos constituyen un gran esfuerzo social en el dominio del problema de la natalidad relacionada con el trabajo profesional de las mujeres, pero por medios completamente contrarios y sumamente extremos.

Allá, en Rusia, se sacó a las mujeres de la casa "hacia fuera", al trabajo físico forzado ilimitado.

En Alemania, al mismo tiempo, se reintegró a las mujeres obreras a la casa, eliminándolas de los puestos públicos y otros.

Allá se destruyó casi completamente el hogar familiar disolviendo los lazos de la familia.

Aquí se reconstruyó y se reforzó la vida familiar con rigores extraordinarios y atrasados.

Ambos experimentos llevados a cabo sobre masas muy gran-



des de población con una exageración y brutalidad ilimitada merecen profunda meditación antes de sacar conclusiones definitivas para el futuro.

Yo personalmente estoy convencido, que la mejor resolución del problema hay que buscarla, como siempre en lo promedial entre ambos extremos.

La mujer tiene sin duda una constitución anatómica y una capacidad fisiológica diferente que el hombre, y por eso debe dedicarse solamente a trabajos adecuados, se debe admitir a las mujeres en ocupaciones específicas, tomando en cuenta en cada caso la edad, el estado de salud, la preparación escolar, el nivel mental, su inclinación constitucional, lo que en una palabra hoy se llama, la **orientación profesional**.

En general se deben eliminar las mujeres de los trabajos en las fábricas químicas, en las minas, en la metalurgia pesada, en todos los trabajos nocturnos.

Además debemos reducir la jornada de trabajo de la mujer a 6 horas y eximirla completamente en las 7 últimas semanas del embarazo, así como en las 7 u 8 semanas después del parto.

No hay duda, que en los países poco desarrollados, con pequeña industria, donde existe siempre la amenaza de la desocupación para los hombres, el trabajo de las mujeres en masa, significa una competencia perjudicial para los hombres.

La consecuencia es lamentable para ambas partes.

En mi opinión se debe eliminar totalmente del trabajo a **todas las mujeres casadas** si sus maridos ganan lo suficiente para el mantenimiento de la vida, permitiéndoles solamente el trabajo de su casa.

También se debe eliminar del trabajo fuera de la casa, a todas las mujeres solteras si viven en el hogar familiar, y si su trabajo no es necesario para el sostén de la familia.

Estas medidas deben ser tomadas por el gobierno de cualquier país en cuanto aparece una época de crisis, con desocupación y cuando los hombres desesperados se pasean en las calles.

Excepcionalmente, por ejemplo durante la guerra o si faltan manos obreras en una industria adecuada, se debe llamar a las mujeres al trabajo por tiempo transitorio.

Para el contralor de esta admisión al trabajo y para vigilar las condiciones de higiene y seguridad, necesarios en el trabajo, deben introducirse servicios especiales del Estado con autoridad absoluta.

De tal manera se puede fácilmente resolver de una vez los tres grandes problemas sociales:

- 1) **La orientación profesional** de las mujeres de acuerdo con las exigencias de la **higiene moderna**.

- 2) El problema de la desocupación.
- 3) El problema de la natalidad por eliminación de las dificultades materiales a los casamientos.

Hay que reconstruir el derecho natural de la madre a guardar su hogar, sus hijos y su marido.

La renuncia espontánea de las mujeres a este derecho en el siglo pasado significa uno de los más grandes errores cometidos por la humanidad cuyas tristes consecuencias cada vez más se encuentran en la vida de la mujer contemporánea.

La gran obra social de la protección materno-infantil nunca alcanzará su pleno éxito sin resolver el problema del trabajo profesional de la madre afuera de su casa.

Debemos devolver la madre a su hijo, asegurar el bienestar del niño a través del bienestar de la madre.

Creo firmemente, que muchísimas instituciones sociales, casas de niños, creches, costosos establecimientos, fondos de la protección social, etc., perderían su razón de ser y podrían ser suprimidas, cuando se realizaran estas ideas arriba presentadas.

Montevideo, Junio 4 de 1953.

---

# **Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia**

## **Designación de nuevos delegados.**

**Estados Unidos de América.** — La designación de Mrs. Elisabeth Shirley Enochs para Delegada técnica de los Estados Unidos de América ante el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia revela una vez más la atención que presta el Gobierno de ese país a nuestra institución, pues ha recaído el nuevo nombramiento en una de las más antiguas y mejores colaboradoras del Instituto.

Durante muchos años fué Mrs. Enochs la delegada suplente de Miss Katharine F. Lenroot, con quien alternó la representación de los Estados Unidos de América en nuestras reuniones anuales, desempeñando siempre sus tareas con una dedicación e inteligencia realmente ejemplares. Y luego cada vez que algún representante del Instituto tuvo que viajar a Wáshington fué invariablemente la Sra. Enochs la más asidua y eficaz compañera. Y durante su actuación en el Consejo Económico y Social de la O.E.A. nos representó con verdadero talento, demostrando su cariño por nuestro organismo en la obtención del honroso título que se nos otorgó en 1949 de "Organismo Especializado Interamericano".

Como ya lo hemos dicho en otra oportunidad, la Sra. Enochs se interesó con especial dedicación por obtener la adhesión de algunos países al Instituto, realizando trabajos directamente ante funcionarios de los respectivos Gobiernos, lo cual dió como resultado que actualmente contamos con la colaboración de los 21 países de América.

Más recientemente intervino en la realización del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia que fué en realidad una muy feliz iniciativa de Mrs. Enochs.

Puede imaginarse así la enorme satisfacción con que hemos recibido la reciente y muy bien ganada designación.

---

Para ocupar la vacante dejada por la señora Enochs, fué designada Delegada Técnica suplente la doctora Bess Goodykoontz, quien actualmente es Directora de la División de Educación Comparada de la Oficina de Educación.

La doctora Goodykoontz ha tenido destacada actuación dentro de su país y fuera de él, concurriendo a diversos congresos, habiendo dedicado sus estudios en particular a cuestiones educacionales. En la Biblioteca Pública del INSTITUTO figuran varias de sus publicaciones, y en el BOLETIN de julio de 1932 estudiamos un interesante escrito suyo sobre "La educación individual". Su relación más directa con nuestra institución, en el carácter de delegada de Estados Unidos de América justifica que esperemos tener oportunidad de publicar en nuestra revista algún trabajo sobre Educación Comparada, tema actualmente de gran interés.

Haití. — El Gobierno de Haití designó recientemente Delegado Técnico ante el INSTITUTO al señor Dantès P. Colimon Director General del Departamento de Trabajo reemplazando en ese cargo al señor Clément Jumelle, quien renunció por enfermedad.

Correspondió al señor Colimon organizar y dirigir el Seminario Nacional de Haití, que tuvo lugar el pasado mes de agosto, alcanzando el mayor éxito, y mereciendo elogiosos conceptos de la prensa de Haití.

Honduras. — Vacante el cargo de Delegado Técnico de Honduras por fallecimiento del doctor Romualdo Zepeda, el Gobierno designó para ese cargo al doctor Joaquín Romero Méndez, quien acaba de dirigir con gran acierto el Seminario Nacional de Honduras.

El doctor Romero Méndez es conocido y estimado en nuestro medio médico por haber realizado un curso de ampliación de estudios en el Instituto de Pediatría y Puericultura "Dr. Luis Morquio".

Por otra parte, el nuevo Delegado Técnico de Honduras, desempeña en su país el cargo de Cónsul General del Uruguay, motivo por el cual se liga más a los intereses comunes de ambos países.

Panamá. — El señor Germán A. Moreno fué designado por el Gobierno de Panamá, Delegado residente en Montevideo ante el INSTITUTO, formando parte en consecuencia, de nuestro Consejo Directivo. El señor Moreno ha visitado nuestra institución y se ha puesto en relación con las autoridades directivas en circunstancias de gran interés, pues el Gobierno de Panamá acaba de aceptar que el X Congreso Panamericano del Niño se realice en la ciudad de Panamá, habiéndose hecho, con tal motivo, la correspondiente comunicación a la Organización de los Estados Americanos.

El señor Moreno, Ministro de su país en el Uruguay, ha tomado la debida participación en estos trámites preliminares respecto al X Congreso Panamericano del Niño, dándonos con el interés puesto de manifiesto, la seguridad de que en adelante será



un eficiente colaborador para que el referido Congreso alcance el mismo brillo y trascendencia que los Congresos del Niño realizados en otros países de América.

### X CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

El Gobierno de la República de Panamá resolvió en el pasado mes de junio aceptar la proposición de que el X Congreso del Niño se realice en la ciudad de Panamá, habiendo resuelto que dicha reunión tendrá lugar del 19 al 28 de julio de 1954.

Según lo dispuesto en las bases del Acuerdo respectivo, el INSTITUTO hizo conocer a la Organización de los Estados Americanos la resolución adoptada por el Gobierno de Panamá respecto al X Congreso Panamericano del Niño, y habiendo conformidad con la fecha indicada para realizar aquel certamen, la Unión Panamericana cursará a los Gobiernos de América las invitaciones correspondientes.

Oportunamente daremos a conocer el Reglamento y Temario del Congreso, que en estos momentos estudia el Comité Organizador designado al efecto.

---

# Conferencias y Congresos

## PRIMER CONGRESO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Bogotá, Colombia, marzo de 1953

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría en su sesión de clausura del 19 de marzo de 1953, resuelve:

1º Teniendo en cuenta que el Código Civil actual presenta algunas deficiencias en lo que se refiere a la cuestión psiquiátrica, considera que el artículo 545 del Código Civil que actualmente dice así: "El adulto que se halle en estado habitual de imbecilidad o idiotismo, de demencia o de locura furiosa, será privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos"; debe modificarse en su redacción en la siguiente forma: "El adulto que se encuentre en estado de enajenación mental que lleve consigo una restricción de su personalidad civil, será privado de la administración de sus bienes."

2º El Art. 140 del Código Civil que al referirse a la nulidad del matrimonio cuando para celebrarlo haya faltado el consentimiento de alguno de los contrayentes o de ambos, presume solamente falta de consentimiento en los locos furiosos y en los mentecatos a quienes se haya puesto en interdicción judicial para el manejo de sus bienes; debe modificarse en la siguiente forma: "La ley presume falta de consentimiento en todas las formas de enajenación mental, o alienación, que existan en la época de verificado el matrimonio y produzcan restricción en la personalidad civil, lo mismo que en todos aquellos individuos que se hubieren declarado en interdicción judicial por perturbaciones mentales cualquiera sea su forma."

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría declara:

1º Es aceptable el narco-análisis en el diagnóstico y la terapéutica psiquiátrica, en todos aquellos casos psicopáticos en los cuales lo orgánico y lo funcional están íntimamente combinados.

2º En medicina legal también puede ser útil el narco-análisis en ciertos casos: posibles simulaciones tanto de lesiones orgánicas como alteraciones psíquicas, en cuestiones importantes de medicina del trabajo, como parálisis, afasias, o psiconeurosis, histero-neurasthenias, sinistrosis o neurosis de renta. También en psiquiatría forense puede tener una aplicación importante como su-

cede en los casos de simulación de locura, o para precisar algunos diagnósticos difíciles.

3º En sus aplicaciones terapéuticas, en psiquiatría, como en los casos de diagnóstico, así como en cuestiones médico legales, al emplearse el narco-análisis, deben observarse los postulados de la moral cristiana que prohíbe los métodos pansexualistas, y en cambio orientarse en los principios de un psicoanálisis bien entendido que respete en todos sus fueros la integridad de la persona humana. No despertando en el examinado con fines terapéuticos sus posibles complejos sexuales; ya que el psicoanálisis en general puede ser puesto en práctica rechazando las ideas francamente pansexualistas, que no son en su totalidad científicas, y están reñidas con el ejercicio honorable y cristiano de la profesión médica.

4º No es aceptable en ningún caso el empleo del narco-análisis en las investigaciones de la justicia, con el fin de lograr la confesión de un presunto delincuente, porque todo sistema que viole la libertad del individuo, y someta su voluntad a la posible influencia de drogas que ponen su estado psíquico en circunstancias de anormalidad, no debe permitirse en materia judicial. Además dicho anarco-análisis practicado empíricamente y sin discriminación puede conducir a graves errores que desorientan a la justicia cuando se trate de individuos psicopáticos que pueden llegar a la simulación o aun estados delirantes de auto-acusación, en los cuales pueden acusarse ante las autoridades de delitos o crímenes que nunca han cometido; o también acusar a personas inocentes de un delito cuando aparece en ellos un posible delirio de hetero-acusación.

5º Por esta razón con todo su indiscutible autoridad, tanto la Academia de Medicina de Francia, como la Sociedad de Medicina Legal de Francia, y la Sociedad Internacional de Criminología de París, en ocasión solemne se han pronunciado rotundamente contra estos novísimos y peligrosos procedimientos del narco-análisis aplicado a las investigaciones de la justicia, ya que en realidad no existe el mal denominado "Suero de la Verdad".

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, teniendo en cuenta que en la mayoría de las capitales de los departamentos, no se cuenta con un Hospital Psiquiátrico para los numerosos alienados, solicita del Gobierno, la construcción a la mayor brevedad posible, de hospitales psiquiátricos tanto para varones como para mujeres que cumplan con las necesidades inaplazables sobre asistencia de enfermos mentales.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, considerando de extrema importancia revisar la ley del año 1946 sobre marihuana para hacerle las modificaciones y adaptaciones nece-

sarias que la conviertan en un instrumento eficaz en la lucha contra esta amenazante toxicomanía, delega en las directivas del Instituto Nacional de Medicina Legal, dicho estudio y reforma y recomienda al Gobierno expedirla en un Decreto-Ley, para que cuanto antes surta sus efectos.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, recomienda al Ministerio de Higiene proceder a fundar en Bogotá, un Instituto de Higiene Mental como medio eficaz de lucha contra las enfermedades mentales y como recurso de gran valor en la prevención del delito y de la conducta irregular del niño.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, recomienda igualmente la fundación de Institutos de Orientación Profesional, con el fin de estudiar la aptitud a las profesiones y formar de esta manera artesanos, obreros y profesionales cuya capacidad sea evidentemente el resultado de un estudio técnico del sujeto, evitándose así lamentables fracasos y desajustes psíquicos.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, considerando que para difundir en el país las Instituciones de Higiene Mental y de orientación profesional, se requiere personal científico especializado, recomienda al Ministerio de Higiene, el envío de médicos y enfermeras a los países donde hoy existen tales organismos para que hagan los estudios que se requieren.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, convencido de los graves perjuicios que acarrea a la salud mental del pueblo el uso del alcohol y estimando que es altamente inconveniente la industria oficial de aguardiente y de ron, solicita del Gobierno como de la próxima Asamblea Constituyente se incluya en el texto de la reforma, el artículo que prohíba al Estado ser fabricante, vendedor e importador de bebidas alcohólicas, dejando esta industria convenientemente reglamentada, a la iniciativa y capital privado.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, considerando la prostitución uno de los mayores males sociales y factor que, con el alcoholismo, concurre a la frecuencia del delito, solicita del Gobierno la expedición de un Decreto-Ley que la restrinja en todo el territorio de la República.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, teniendo en cuenta la importancia que en la patología mental del niño, ha adquirido el conocimiento de las enfermedades a virus que padezca la madre en la época del embarazo, recomienda a las Facultades de Medicina se dé a los estudiantes durante la enseñanza de la obstetricia, especial énfasis en patología de la embarazada por enfermedades de ese grupo, instruyendo a los futuros médicos sobre la conducta que en dichos casos deberá seguirse para proteger el futuro mental y psíquico del niño.



El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, recomienda a las Facultades de Medicina la enseñanza de la Medicina Psicosomática y Neuropsiquiátrica Infantil, como base de la preparación profesional.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, teniendo en cuenta que la base de toda campaña tendiente a mejorar el ambiente social y espiritual del país debe tener por objeto estimular el conocimiento y la práctica de la higiene mental resuelve:

Declarar constituida la Liga de Higiene Mental de Colombia y pedir encarecidamente a los señores Ministros de Higiene y Educación convocar a la mayor brevedad posible una Junta compuesta por elementos prestantes de la Sociedad para constituir dicha Liga. El Congreso se permite sugerir los siguientes nombres los cuales pueden ser complementados por los señores Ministros y por la Liga misma:

Su excelencia el Cardenal Crisanto Luque, Rdo. Padre Alfonso García, Magdalena Fety de Holguín, Lucía Cock de Bernal Jiménez, Jorge Bejarano, Miguel Jiménez López, Parmenio Cárdenas, Guillermo Uribe Cualla, Edmundo Rico, Julio Asuad, Luis López de Mesa, Hernán Vergara, Alfonso Martínez Agustín Nieto Caballero, Luis Jaime Sánchez, Eduardo Vasco, Juan B. Castaño C., y Arturo Lizarazo.

Una vez constituida la Liga se procederá a convocar el Primer Congreso de Higiene Mental de Colombia, con representantes del cuerpo médico, de las Sociedades de Neuropatología y Psiquiatría, con representantes de la Justicia Penal, de la Iglesia, de los Juzgados de Menores, de los Pedagogos, Psicólogos y todas aquellas personas que puedan contribuir con su prestigio y con sus luces al éxito del Congreso.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría después de haber considerado detenidamente el problema de la Asistencia Psiquiátrica hospitalaria en Colombia solicita al señor Ministro de Higiene la organización de un Plan Nacional de Asistencia Psiquiátrica de acuerdo con las recomendaciones que se enviarán oportunamente al señor Ministro, una vez que éstas hayan sido aprobadas por las Sociedades de psiquiatría del país. Igualmente solicita la reglamentación del ejercicio de las especialidades médicas de psiquiatría y neurología de acuerdo con las recomendaciones hechas por este Congreso.

También solicita atentamente al señor Ministro de Higiene la creación y reglamentación de la carrera del enfermero psiquiátrico como base indispensable para una eficaz campaña de asistencia a los alienados.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría recomienda al Congreso Nacional:

1º La conveniencia de aclarar, modificar, reformar o sustituir los Artículos 29 y 38 del Código Penal Colombiano, para que tanto el espíritu como la letra de dichos artículos quede más acorde al actual estado de las ciencias psiquiátricas, psicológicas y penales.

2º Estudiar el problema de la delincuencia alcohólica y apreciar la justa posición del delincuente alcoholista ante el código penal habida consideración de las diferentes clases de intoxicación.

3º Organización de una efectiva campaña nacional antialcohólica que propugne por restringir la explotación oficial del vicio, combatir su propagación, y dictar medidas de protección social acordes a la magnitud del grave problema nacional del alcoholismo.

El Primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría resuelve:

1º Es muy importante que se funden los manicomios criminales en los países donde ellos no existan, porque de otra manera no se pueden aplicar las medidas de seguridad que requieren los delincuentes anormales a quienes no se les puede decretar sanciones carcelarias, según las sentencias judiciales que se han fundamentado en pericias psiquiátricas de los médicos legistas.

2º No es posible que los delincuentes enajenados sean aislados en los frenocomios generales, porque dichos establecimientos no pueden tener las mismas seguridades de un manicomio criminal, ni la debida clasificación de los delincuentes; además, su objeto es distinto, desde luego que allí sólo se ocupan de la terapéutica de la enfermedad mental que padezcan, dándolos de alta cuando ya presenten notable mejoría o curación; mientras que en los casos de delincuentes enajenados es indispensable su observación y tratamiento, y no podrán ponerse en libertad mientras no haya desaparecido su peligrosidad social y no hayan permanecido por lo menos el mínimo de tiempo que señala la ley.

3º Los edificios destinados para servicios especiales de delincuentes anormales (manicomios criminales) deben ser previamente planificados, consultando las modernas orientaciones de la arquitectura hospitalaria psiquiátrica, y naturalmente con la asesoría de técnicos psiquiatras, para la conveniente distribución de los diferentes tipos de delincuentes: deben predominar las perspectivas de una clínica psiquiátrica, que no de una cárcel o penitenciaría; con sus más completas dotaciones, implantando la laborterapia, el psicoanálisis y la psicopedagogía.

4º Fuera de estos manicomios criminales completamente independientes de las cárceles, deben existir anexos psiquiátricos en las prisiones para la observación y tratamiento de los penados que resulten con alteraciones mentales, y cuyas anomalías psíquicas

no permitan su convivencia con los demás penados, por ser peligrosos, y a los cuales no pueden aplicarse los sistemas carcelarios ordinarios.

5º Es también un complemento necesario el establecimiento de colonias agrícolas a donde deben enviarse ciertos enfermos que no necesitan de un tratamiento especialmente psiquiátrico, pero que sin embargo deben ser aislados de la sociedad por la peligrosidad que encierran, como los epilépticos, los histéricos, los débiles mentales, etc.

#### IV CONGRESO MEDICO FEMENINO

**Nueva York, Estados Unidos de América, 24 set.—2 oct. de 1953.**

Organizado por la Alianza Panamericana de Doctoras de Medicina, se realizará en Nueva York, desde el 24 de setiembre al 2 de octubre de este año, el IV Congreso Médico Femenino. Con este motivo, las autoridades de la Alianza Panamericana en el Uruguay, exhortan a todas las colegas para que adhieran, concurriendo o enviando comunicaciones a tan importante exponente de las actividades técnicas de la mujer americana.

Los temas que se han propuesto y sobre los cuales tratará el Congreso son los siguientes: I. — Proyecto Interamericano de Sanidad Pública. II. — Higiene mental del Niño. III. — Problema de ginecología: cáncer genital femenino.

#### TERCERA CONFERENCIA LATINOAMERICANA DE LA NUTRICION

**Caracas, Venezuela, 19-28 de octubre de 1953.**

Entre el 19 y 28 de octubre del año actual se reunirá en Caracas la Tercera Conferencia Latinoamericana de Nutrición, preparada conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). A dicho Congreso han sido invitados los siguientes países: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana Reino Unido, Uruguay y Venezuela.

En el transcurso de las deliberaciones serán examinados los resultados obtenidos por la aplicación de las recomendaciones de las anteriores conferencias —realizadas en Montevideo en 1948 y en Río de Janeiro en 1950— y se tratará acerca de las medidas

más convenientes para encarar los problemas que, en número limitado, esta vez, constituirán el temario.

Las entidades organizadoras han hecho llegar a los gobiernos invitados un ejemplar del programa provisional, así como notas explicativas referentes a cada uno de los asuntos que serán debatidos, con la finalidad de que surgieran las observaciones pertinentes. Asimismo, se les ha solicitado que envíen al director de Nutrición de la FAO las informaciones básicas relativas a los diferentes apartados del programa y que, simultáneamente con la aceptación le haga conocer los nombres y cargos de sus delegados, los cuales, en número de tres, deberán ser técnicos en nutrición y materias afines.

La Santa Sede y los organismos internacionales interesados en la materia han sido invitados a destacar observadores en la conferencia.

#### V CONGRESO INTERNACIONAL PARA LOS PROBLEMAS DE LA CONSTRUCCION DE ESCUELAS Y EDUCACION AL AIRE LIBRE

**Suiza: Basilea, Zürich, Zug, Leysin y Ginebra, 27 de agosto 6 de setiembre de 1953**

Este Congreso tendrá lugar en Suiza, en las ciudades de Basilea, Zürich, Zug, Leysin, y Ginebra, del 27 de agosto al 6 de setiembre, tendrá como temas principales: "La educación al aire libre" y "La nueva escuela". Considerará, especialmente, la construcción de escuelas en su aspecto arquitectónico sanitario, pedagógico y cultural y de jardines de recreo modernos; el porvenir de los sanatorios infantiles, etc.. Los congresistas tendrán la oportunidad de visitar instituciones suizas referentes a la construcción de edificios escolares y a la educación al aire libre, como la escuela "Al Sol", de Leysin, nuevas escuelas jardines de recreo, etc.. Durante los días del Congreso tendrá lugar en Zürich, una exposición internacional con el título "La nueva escuela". El Congreso será patrocinado por la fundación suiza "Pro Juventute" y dirigido por su Presidente señor M. Pilet-Golaz, ex-consejero federal. El Presidente de Honor será S. E. el Presidente de la Confederación Dr. Ph. Etter, Jefe del Departamento del Interior. El Presidente del Comité de Organización es el Dr. F. Wenk y el Secretario del Congreso, el Dr. A. Lederman. La Secretaría del Congreso está instalada en Seefeldstrasse 8. Zürich (Suiza).



## Libros y Revistas

Instituto Nacional de la Previsión Social. — "QUELQUES ASPECTS DE L'ASSISTANCE FAMILIALE EN ITALIE". Roma. 1953.

El libro comienza afirmando una verdad indiscutible: "El desarrollo siempre creciente de la asistencia familiar constituye uno de los aspectos más notables y característicos del proceso evolutivo de la legislación social".

Efectivamente desde los primeros esfuerzos para proteger el trabajo de las mujeres y los niños, pasando por el seguro de maternidad, por el régimen de las asignaciones familiares, por los seguros sociales obligatorios, por el seguro de enfermedad abarcando en sus beneficios al núcleo familiar completo, se ha realizado un avance extraordinario en la preocupación, cada vez mayor, del poder público para asegurar la prosperidad y la tranquilidad de la familia constituida, considerada como la base fundamental del conglomerado social.

El libro muy bien impreso y con numerosos grabados explicativos se encuentra dividido en tres partes, compuestas de tres capítulos cada una de ellas.

La 1ª parte está dedicada a las Asignaciones familiares, las prestaciones familiares de los seguros sociales y la asistencia de la maternidad. Las asignaciones familiares surgieron en Italia de un contrato colectivo realizado en 1934 entre las Confederaciones de industriales y los trabajadores de la industria, estableciendo asignaciones especiales para los obreros que tengan a su cargo hijos menores de 14 años. Pocos años después, 1936, 1937 y 1940 se generalizó la institución para todos los hijos de los obreros o empleados cualquiera fuese su categoría profesional; y las contribuciones correspondientes a los empleadores y a todos los trabajadores con prescindencia de las cargas de familia de los obreros y empleados, serían vertidas en una Caja Unica, y desde 1944 el monto de las asignaciones no aumentaría con el número de hijos sino que sería uniforme para cada niño. Lamentablemente están excluidos de esta ventaja, por diversas razones de carácter local, los trabajadores del servicio doméstico, los obreros de las granjas y los trabajadores independientes. La Caja Unica estaría administrada por los representantes de varios Ministerios y delegados de los empleadores y de los trabajadores, estos dos últimos grupos en paridad.

Las prestaciones familiares de los seguros sociales establecen que los beneficios no regirán solamente para las personas asegu-

radas sino que se extenderían a todos los miembros del núcleo familiar del asegurado, tanto en los casos de accidentes del trabajo como en las contingencias de una enfermedad, especialmente para el caso de la asistencia obligatoria contra la tuberculosis, y también para los asegurados contra la desocupación.

En todos estos casos es de señalar el establecimiento de numerosas instituciones preventivas para los niños, todas ellas confortablemente instaladas.

La asistencia en favor de la maternidad comienza en Italia en 1910 y se extiende considerablemente por leyes de 1929 y 1939 y 1950, alcanzando no sólo a la asistencia de la madre sino a las primas de natalidad y aun al casamiento de las hijas de las aseguradas. Durante el año 1952 se han inaugurado once casas de la madre y el niño, y más recientemente el Asilo Maternal de Monterotondi con capacidad para 100 madres y 50 recién nacidos.

La 2ª parte se ocupa de la asistencia a la infancia y a la juventud, de la asistencia escolar y de la asistencia a los huérfanos. En estos capítulos se describe la obra, siempre en progreso, de las colonias de vacaciones, los preventorios marítimos y de montaña, los Patronatos escolares, las Cajas Escolares, las Obras universitarias, las Fundaciones, las Bolsas de estudios y las Instituciones auxiliares de la escuela, algunas de ellas destinadas a la atención de los propios profesores de enseñanza primaria y media y a los miembros de sus familias, y las numerosas obras dedicadas a la protección y preparación para la vida de los huérfanos, civiles o causados por la guerra.

La 3ª parte está destinada al problema de la vivienda para la familia, a los créditos para construcción de habitaciones económicas, y a los Organismos públicos o privados en gran número que concurren a la Asistencia familiar sin estar bajo la dependencia directa del Instituto Nacional de la Previsión Social.

En suma, una interesantísima exposición de una obra social amplísima en favor de la madre, de los niños y de la familia, que honra a la gran nación italiana, que comenzó su marcha por esta ruta en 1873 prohibiendo el empleo de niños en las profesiones ambulantes, y que hoy —como se demuestra en la lectura y las vistas fotográficas de la obra que comentamos— ha alcanzado una situación realmente admirable digna de ser considerada por todos los países que tengan la preocupación social de atender los problemas de la familia y de la infancia.

Roberto Berro

Macedo, Gilberto de. — AS NOVAS DIRETRIZES DA CRIMINOLOGIA, Maceió. Brasil 1953.

Nuestro distinguido colaborador y amigo el Dr. Gilberto de Macedo, profesor de Neurología de la Facultad de Medicina de Alagoas, nos acaba de remitir un interesante libro "As Novas Diretrizes da Criminologia" que comprueba —una vez más— el espíritu de trabajo y la modernidad de los conceptos del maestro brasileño que ha honrado en diversas ocasiones las páginas del BOLETIN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA.

Modestamente comienza el autor expresando que su obra contiene sólo breves notas de divulgación, ensayos de Biopsicología, Endocrinología y Biotipología criminales. Pero una vez adentrado uno en la lectura del libro comprendemos todo el interés de la publicación destinada a hacer conocer que los factores psicosomáticos de la personalidad tienen en los problemas de conducta una mayor importancia que los simplemente somáticos, pues determinan de hecho los fenómenos de la conducta humana gobernando la dinámica de los delincuentes.

Comenta de Macedo la definición de Stanciu (1951) cuando dice: "La Criminología comienza con el Hombre, de un solo golpe y no con el hombre criminal, pues no hay criminales natos". Establece también la autonomía que existe entre la criminología, ciencia pura de observación etiológica y sintética y el Derecho Penal, dogmática jurídica, ciencia aplicada, auténtica ciencia jurídico-presiva.

De gran interés son las consideraciones expuestas alrededor del problema siempre presente de las relaciones de la endocrinología con la criminología, reconociendo que la conducta humana del criminal no es producto simple de las cuotas hormonales que circulan por la sangre, sino que la relación endócrino-criminal es un todo bio-social.

Profesor y abogado de nota el Dr. de Macedo, no abandona sin embargo la posición realista y humana, y así nos recuerda oportunamente la frase profunda y pintoresca de Kelsen: "Todo lo que tocaba el rey Midas se transformaba en oro, y todo lo que toca el jurista se convierte en derecho".

En un capítulo dedicado al psicoanálisis en la delincuencia infantil, dice que "una de las conclusiones más promisoras, sin duda básica y fundamental, es la aplicación del Psicoanálisis al estudio e interpretación de la erróneamente llamada delincuencia juvenil e infantil", recordando una afirmación suya en el 1er. Congreso Brasileño de Protección al Menor: "es la vida infantil la que condiciona el destino humano".

Las últimas páginas del libro están dedicadas a un resumen,

lamentablemente demasiado reducido, sobre los brillantes maestros que en el Brasil han cultivado los estudios criminológicos, tal como Roberto Lyra, profesor de derecho penal y fundador de la Sociedad Brasileña de Criminología y de su órgano trimestral la Revista Brasileña de Criminología. Manifiesta pesar porque muchos de gran valimiento científico no hayan, sin embargo, constituido una verdadera escuela, como se propusieron hacerlo Nina Rodríguez en Bahía y Flaminio Favero en San Pablo.

Agradecemos al autor amigo los momentos agradables que nos proporcionó la lectura de su libro, que sin vacilación recomendamos a los estudiosos de América.

Roberto Berro

---

**Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez. — EL NIÑO DIABÉTICO.** Montevideo, 1953.

Este folleto contiene una serie de lecciones teórico-prácticas para los familiares de los niños diabéticos. El objeto es el de instruir, en forma clara y sencilla a la familia, llevándole el convencimiento de que, aunque no se consiga la curación orgánica de la enfermedad, puede el niño diabético realizar la normalización funcional integral.

Las técnicas modernas, convenientemente aplicadas, permiten que el niño diabético crezca, se desarrolle y pueda llevar una vida similar a la de un niño sano, dentro del mundo en que debe actuar.

En varios capítulos, presentados en forma de lecciones, se describen los síntomas, las investigaciones de laboratorio que pueden fácilmente realizarse, el manejo de la insulina, los problemas de la dieta alimentaria, la acidosis, la hipoglucemia y otros varios aspectos.

Se da una importancia grande al problema social del niño diabético. Bien tratado, el menor es inteligente, por regla general, pero en el caso contrario puede llegar a un déficit intelectual muy marcado. El diabético bien equilibrado tiene capacidad y aptitudes para realizar cualquier empresa, nada le está prohibido, fuera de las exigencias de su régimen, que bien llevadas no son tampoco extraordinarias.

Finalmente, con tino y discreción, plantea los problemas relacionados con el casamiento.

La finalidad del trabajo está muy bien lograda. Este folleto ha de ser sumamente útil porque llena ampliamente el deseo que tuvo la autora al realizarlo.

Víctor Escardó y Anaya

---



Unesco — Bureau International d'Education. ANNUAIRE INTERNATIONAL DE L'EDUCATION ET DE L'ENSEIGNEMENT. 1952.

El presente volumen, de 350 páginas, es el XIV de la serie de Anuarios que desde hace tiempo viene publicando el Bureau International d'Education, de Ginebra, y como en los números anteriores trae una información completa del movimiento educativo en el mundo —en el presente caso con información sobre 54 países, entre éstos, 11 de América.

Como es habitual el presente Anuario empieza con una síntesis, donde se hace un estudio comparativo, por temas, de lo dicho en cada informe ministerial.

Durante el año 1952, como en cursos anteriores, se destaca en cada país el aumento de los presupuestos de enseñanza primaria, atendiendo con preferencia el aumento de sueldos del personal enseñante, y más elevadas sumas para construcciones escolares.

Fué mayor la inscripción escolar debido a tres factores: mayor natalidad en casi todos los países que intervinieron en la última guerra mundial, ampliación de la obligación escolar en los grados superiores, y en algunos países anticipación de la edad preescolar.

Continúa la preocupación del reclutamiento de maestros y profesores, habiéndose recurrido a diversos medios, como utilizar los servicios de estudiantes normalistas, reducir el tiempo normal de los cursos, facilitar los estudios, etc.

Toda la información del volumen es muy útil, en particular para quienes realizan estudios de educación comparada, a la cual se está dedicando mayor atención en los últimos años.

Emilio Fournié

---

Siepmann, Charles A. — TELEVISION AND EDUCATION IN THE UNITED STATES. Unesco — París. 1952.

Este volumen de 132 páginas forma parte de la Serie sobre Prensa, Film y Radio que Publica UNESCO, y en consecuencia tiene relación con otra interesante publicación sobre cine y radio que dimos a conocer en el tomo XXVI pág. 78 del BOLETIN.

El autor estudia con gran detalle la influencia que tiene la televisión en la educación de las grandes masas de público, en las universidades, liceos, escuelas, y en particular en los centros rurales. Como en otros libros de esta serie se insiste acertadamente en que la televisión —como el cine y la radio— sólo puede utilizarse como un complemento de la enseñanza dada por el profesor, pero no debe exagerarse su valor en los centros educacionales.

Gran importancia tiene la televisión desde el punto de vista de la cultura general o como medio de información sobre acontecimientos públicos de trascendencia e interés nacional o internacional. Da una idea del desarrollo alcanzado por la televisión en Estados Unidos de América, el hecho de que hay más de 17.000.000 de receptores, cuyos beneficios alcanzan al 80 % de los hogares norteamericanos.

Un serio inconveniente que plantea la extensión de la televisión es el costo de la instalación de pantallas, así como el de estaciones trasmisoras; por esta razón debe considerarse —como en la radio— la posibilidad de disponer para la enseñanza en particular, o si se trata de la cultura en general, de estaciones trasmisoras especiales, no comerciales.

Es muy importante la preparación de maestros en ejercicio para empleo de la televisión; esto explica que en Estados Unidos de América —donde la televisión ha alcanzado extraordinario desarrollo— es obligatorio para los maestros un estudio especial que los habilite para el buen empleo de los medios audiovisuales.

Este volumen, por su información basada en la extensa experiencia que sobre la materia hay en Estados Unidos de América, es de gran valor para orientar a profesores y maestros que se interesen por el empleo de la televisión.

Emilio Fournié

---

Marino Blancas Tumialán. — HUARICOLCA. Lima. 1953.

En este volumen de 192 páginas el autor —director de una escuela rural del Perú— hace una emocionada descripción de la transformación de la escuela a su cargo, dando así satisfacción a una promesa formulada cuando terminaba sus estudios normalistas: "laborar en cualquier escuelita de campo".

El título del libro, "HUARICOLCA", nombre de una comunidad indígena enclavada en los Andes, a 3.700 metros de altura, poco dice de primera intención, pero es sugestivo el subtítulo: "Una escuela rural en función social". Lo expresado por el autor, es la historia de un lustro de trabajo orientado en forma que justifica lo dicho en el subtítulo, respondiendo a principios guías: "No basta enseñar a leer, escribir y calcular; lo importante para el maestro es enseñar a vivir humanamente"...., "todos los conocimientos teóricos deben humanizarse, es decir, deben contribuir a la desaparición de la miseria, del atraso, de la ignorancia". "La escuela debería salir del reducto de sus cuatro paredes, para incorporarse a las instituciones comunales para erigirse en faro, guía y también nervio de la comunidad, de la familia, del campo todo".

Sería largo detallar aquí todo lo que la escuela de Huaricolca

—es decir maestros, alumnos, vecinos— realiza de acuerdo con aquellos principios; pero dan idea de su labor algunas referencias aisladas: arreglo y ampliación del local escolar; para obtener recursos los maestros y alumnos mayores realizan “tres faenas escolares para cosecha de papas en la hacienda Tambo, consiguiendo que además de los jornales correspondientes, el dueño de la hacienda regaló 400 soles”. Después de arreglar y ampliar el local funcionan allí taller de carpintería, zapatería, peluquería, hojalatería y herrería, donde trabajan los alumnos mayores, cobrando todo al precio de costo; asimismo funciona una cooperativa donde además de artículos escolares se venden algunos alimentos: azúcar, arroz, fideos, aceite, chocolate, y también jabón y pasta dentífrica, etc.

Entre las adquisiciones de interés para una escuela rural como aquella, está una máquina de escribir, obras para la biblioteca escolar, instrumentos para la banda de música, útiles para el periódico escolar. Algunos licenciados del ejército enseñaron a los alumnos a utilizar mejor las cornetas y tambores, y un 24 de junio —Día del Indio— se inauguró la banda escolar.

No olvida la escuela el cultivo de la tierra, cría de ovejas, no faltando la colaboración de vecinos que enseñan a manejar telares.

La escuela colabora con la comunidad de varias maneras, desde la cesión del local para veladas y fiestas para el pueblo, hasta prestar los servicios del botiquín escolar y realizar vacunaciones, sin contar con que un día se interrumpe el funcionamiento regular de las cañerías que traen agua al caserío, y allá van alumnos y maestros a colaborar hasta que vuelve el agua.

Con tanta realidad cumplida, fué fácil obtener que las autoridades educacionales del Perú, autorizaran la transformación del referido centro de enseñanza en Escuela Pre Vocacional, de acuerdo con el plan del Ministerio de Educación.

Sería deseable que este libro llegara a manos de todos los maestros rurales de América, para enseñar cómo es posible transformar una escuela y una comunidad, cuando se tiene vocación de maestro en el grado que distingue a Marino Blancas Tumialán.

Emilio Fournié

---

Muriel W. Brown. — WITH FOCUS ON FAMILY LIVING. Washington. 1953. 284 págs.

Si se revisa la bibliografía corriente en América, es fácil comprobar que hay muchas publicaciones sobre problemas de protección al niño, aisladamente, pero no en función de la familia, dejando así de lado uno de los factores esenciales en la vida del niño.

Afortunadamente, desde hace algunos años se viene reaccionando, y corrigiendo esa deficiencia se ha pasado de un estudio unilateral al más general que involucra a la familia, al niño y a la comunidad.

Este libro de Miss Muriel W. Brown, Consultante en Educación sobre vida familiar, en la Sección de Economía Doméstica de la División Educación Vocacional, Oficina de Educación de los Estados Unidos de América, comprende un estudio muy completo sobre la cuestión. Empieza destacando que ya en 1917 se inició un movimiento dando importancia a la Economía Doméstica, en forma que el Congreso votó fondos para atender dicha enseñanza en todo el país.

La depresión económica de 1930 en adelante, produjo sorpresa en Estados Unidos al comprobar que la tercera parte del pueblo se encontraba en malas condiciones de vida, por su deficiente alimentación, vestido, habitación.

La reacción a tan dramática situación no tardó en producirse, y después de varios estudios sobre tal estado social, tuvo lugar en 1938 una Conferencia en Wáshington donde se discutieron los principios de una reforma de gran amplitud, que abarcara la enseñanza de la economía doméstica, la educación de los padres, así como la acción recíproca de la escuela y la comunidad en cuanto tenga relación con la vida familiar.

Empleando un procedimiento corriente en Estados Unidos, se dispusieron llevar a la práctica los principios teóricos discutidos en aquella conferencia, eligiendo al efecto cuatro centros de ensayo y demostración, teniendo presente que no hay sólo una forma de vida apropiada a todos, no hay una manera de educar bien a los niños. Se realizó el ensayo en los Condados de Box Elder (Utah) y Obion (Tennessee) y en las ciudades de Toledo (Ohio) con 305.425 habitantes, y de Wichita (Kansas) con 115.000 hab.

En el capítulo 9 y siguientes, la autora analiza los informes de los cuatro centros de demostración, tan interesantes desde muchos puntos de vista y complejos, puesto que abarcan desde la enseñanza preescolar hasta la de los adultos, con todos los problemas colaterales que se relacionan con la familia y la comunidad.

En una breve referencia como debe ser ésta, no es posible entrar en detalles sobre lo dicho en cada uno de los cuatro informes, ni en el minucioso análisis que de ellos hace Miss Brown, para llegar a las siguientes conclusiones, aplicables a su país y cualquier otro de América, aun cuando las posibilidades de ejecución sean bien distintas entre unos y otros.

Conclusiones: 1º Que el desarrollo de la comunidad depende de la acción del ciudadano. — 2º Que la acción del ciudadano, puede ser constructiva o destructiva, según los valores, conoci-



mientos, motivos y capacidad de quienes intervienen. 3º — Que las escuelas tienen la responsabilidad en una sociedad democrática, de ayudar a la gente a aprender cómo apreciar y expresar en acción los valores espirituales que son fundamentales en la vida democrática. — 4º Que los más importantes de estos valores son los que destacan la nobleza y dignidad del ser humano individual. — 5º Que a causa del papel enormemente importante que tiene la familia en el desenvolvimiento del individuo como ser social, todos los programas de educación de la comunidad para la acción democrática deben **tener como centro la vida familiar.**

Emilio Fournié

---

## Informaciones

**CONSEJO VENEZOLANO DEL NIÑO.** — Con motivo de la grata visita que hizo a nuestra institución el doctor Rafael Salas, Presidente del Consejo Venezolano del Niño, quien concurrió a la sesión del Consejo Directivo, del 2 de junio último, nos entregó una relación de las dependencias de aquel Consejo, con el detalle de la labor allí realizada, la cual transcribimos a continuación: **El Consejo Venezolano del Niño y la delincuencia juvenil.**

I. Frente al hecho social de la delincuencia juvenil, compete al Consejo Venezolano del Niño aplicar los recursos curativos que requiera cada caso individualizado y participar, conforme a lo dispuesto en nuestro Estatuto de Menores, en la ejecución de toda suerte de medidas preventivas. Para tales efectos dispone de un departamento técnico denominado División de Menores en Situación Irregular.

II. A la luz de la propia experiencia, y auxiliado por el conocimiento de la experiencia extraña, se ha estructurado esa División en forma que puede encarar —con limitación, desde luego— los problemas de la delincuencia juvenil y resolverlos con cierto grado de eficacia. Así, dispone de una Comisión Técnica que funciona como entidad consultiva y asesora; una Sección Médica y de Psiquiatría; una Sección de Egresos; una Sección Pedagógica, y una red de establecimientos tales como Casas de recepción o Albergues, Casas de Observación, Internados, Casas Hogares y Escuelas Especiales.

III. **Casas de recepción.** — Estos establecimientos tienen como función específica la de impedir la permanencia de los menores en promiscuidad con los adultos en cárceles comunes. Cuando consisten en simples locales, a veces anexos a una Jefatura Civil, adonde los agentes del orden público conducen a los menores que incurran en faltas según las respectivas ordenanzas, se llaman **retenes**. También sirven para que los Jueces de Menores recluyan provisionalmente a los sujetos incursores en delincuencia. En estos centros, ubicados en el interior del país, la única y máxima autoridad técnica la ejerce el Trabajador Social.

El albergue es un establecimiento arreglado según exigencias técnicas más escrupulosas que las previstas para los retenes de emergencia. Sin perder su utilidad como retenes, permiten, cuando así lo impongan las circunstancias, anticipar un estudio preliminar del menor que más tarde pasará a la Casa de Observación. La tramitación más simple de casos que no revisten peligrosidad

permanente ni llevan implícitos trastornos de conducta graves, son despachados por órgano de los Trabajadores Sociales bajo la supervisión del Director del Albergue.

Actualmente hay en funcionamiento 7 casas de recepción, con cupo para 200 menores. El costo de sostenimiento, per capita y en promedio, oscila entre 4 y 6 bolívares por día. Es parte de nuestro programa de labores difundirlas por toda la República, estableciéndolas de preferencia en los centros urbanos de mayor densidad de población.

**IV. Casas de Observación.** — Estos establecimientos son centros técnicamente organizados para diagnosticar los casos y clasificarlos. Así se satisface la medida previa al tratamiento judicial y se suministra una guía para el ulterior tratamiento psicoterápico, el cual, por ahora, se ha limitado a escasos ensayos.

Funcionan en el país 5 Casas de Observación, cuatro de las cuales dependen directamente del Consejo. De éstas, 3 están destinadas a varones, y una para niñas. Todas las administradas por el Consejo son de reciente instalación.

En general, las Casas a que nos referimos disponen de los elementos de trabajo indispensables para llenar su cometido. La dirección se ha confiado a expertos en psiquiatría de menores. El resto del personal está constituido por psicómetras, maestros, médicos, trabajadoras sociales, guías, administradores y un conjunto de empleados subalternos. Desde luego, el énfasis de la labor es de índole netamente psiquiátrica. Los demás profesionales de la planta de servidores participan en las faenas como necesarios auxiliares para el correcto estudio de los sujetos.

El cupo total de las cuatro Casas de Observación asciende a 164, número que en la práctica, está rebasado. El costo de sostenimiento per capita y promedio oscila entre Bs. 14 y Bs. 22 diarios.

El ritmo del trabajo ha sido reglamentado de tal modo que, por lo común, el despacho de cada caso no se prolongue más allá de seis semanas. Así se prevee el desalojo del cincuenta por ciento de los ocupantes mensualmente, por término medio. El desagüe o drenaje corre, en el noventa y cinco por ciento de los casos, hacia los internados para menores con trastornos de conducta. El resto de la afluencia puede dirigirse hacia una Casa Hogar; hacia el propio hogar del menor; o hacia establecimientos especiales, de iniciativa privada de ordinario, en donde reciben albergue los irremediables.

Los datos estadísticos acopiados por la principal de nuestras Casas de Observación, en el primer año de sus actividades, con ser limitados arrojan luz, sin embargo, sobre las peculiaridades de la delincuencia juvenil en el país. Se ve allí que el 16 % de los casos estudiados en el año, correspondió al tipo de desvío grave

de la conducta, en menores cuya edad, en la mayoría de los casos, fué de 16 años. De este grupo ninguno contaba con ambiente doméstico bien constituido. El delito más común es el robo. Todos, a partir de los 13 años de edad en adelante, acusaron soportar vida de vagancia. Se encontró en ellos un solo caso de personalidad psicopática bien marcada; hubo un epiléptico y se halló un caso con evidentes manifestaciones histeroides.

El 84 % restante consistió en casos de leves anormalidades de la conducta, grupo que por no contar con hogares fué, en su mayoría, internado.

V. Internados. — Adscriptos a la División funcionan 4 internados para menores en situación de abandono, pero sin trastornos de conducta, y 7 para los de conducta irregular. El cupo total de los primeros es de 640 y el de los otros llega a 1.990. El costo de sostenimiento per capita y promedio, entre unos y otros, se aprecia entre Bs. 6 y Bs. 15.

Las mencionadas dos grandes categorías de internados se subclasifican tradicionalmente en preartesanales, de preorientación y de readaptación. La edad fijada para la admisión y la índole de la situación irregular de los menores deslindan los términos de la subclasificación.

VI. Casas Hogares. — En este terreno apenas estamos dando los primeros pasos. Se concibe la Casa Hogar como núcleo excelente para paliar los malos efectos de la pérdida irreparable de la familia, recurso que, aunque más costoso, es superior a la simple colocación del menor en ambiente familiar. Se aspira, en principio, a generalizarlas hasta el extremo de que borren la existencia de establecimientos cerrados, los cuales por buenos que parezcan, nunca serán propicios al equilibrado desarrollo físico, intelectual y espiritual del niño. Por lo mismo, prospera entre nosotros la ambición de transformarlos en colonias de hogares.

En los planes del Consejo figura como meta de seguro alcance dentro del presente período, la ampliación del número de internados para menores con trastornos de conducta. En este sentido ya se están construyendo dos para varones, con capacidad total de 600 cupos; hay en estudio uno más con cupo de 200 plazas; se prevé uno para niñas, y dentro de pocos meses entrará en funcionamiento otro con 100 plazas, para menores de dicho sexo. También se aumentará el número de Casas de Observación.

Recientemente hemos modificado los planes de funcionamiento de uno de nuestros más antiguos internados, el de Readaptación, ubicado en la Isla de Tacarigua, el cual estará dotado de un laboratorio psicotécnico para impartir tratamiento psicoterápico, además de que se mejorarán sus talleres para que sirva de centro de preparación artesanal.

---



**LEY Nº 10.383 DE SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE CHILE.** — En el prólogo de la ley Nº 10.383 publicada en el Diario Oficial Nº 23.321, de Chile, de 8 de agosto de 1952, se expresa, que ella modifica sustancialmente la Ley Nº 4054, de Seguro Obrero Obligatorio, creando el Servicio Social Obligatorio a base de la refundición de diversas instituciones existentes, con un alto financiamiento que en consecuencia aumenta ostensiblemente los beneficios de la masa asegurada.

La Ley recién promulgada declara la obligatoriedad del seguro contra riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, para las personas sujetas a este régimen de previsión, dejando la atención del seguro y demás fines de esta Ley a la actual Caja de Seguro Obrero Obligatorio de Enfermedad e Invalidez, institución que cambiará su nombre por "Servicio de Seguro Social" y creando un nuevo servicio denominado "Servicio Nacional de Salud".

**Distribución de los Servicios.** — El Servicio de Seguro Social tendrá a su cargo todo lo que se refiere al otorgamiento de beneficios previsionales a los obreros, estando constituido fundamentalmente por la actual Caja de Seguro Obligatorio.

El Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo todo lo que se refiere a la asistencia médica, tanto para los asegurados como para sus familias y para el resto de la población, unificándose en él los actuales Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, los Servicios de Higiene y Seguridad Industrial, dependientes de la Dirección General del Trabajo e Instituto Bacteriológico.

**Administración de los Servicios de Seguro Social.** — El Servicio de Seguro Social estará administrado por un Consejo compuesto de las siguientes personas: a) el Ministro de Previsión y Asistencia Social que lo presidirá; b) el Director General de Seguro Social; c) el Director General de Salud; d) un representante del Presidente de la República; e) tres Consejeros representantes patronales, designados por instituciones patronales con personalidad jurídica; f) tres representantes obreros, designados directamente por instituciones obreras con personalidad jurídica y g) el Director General de Previsión Social.

**Consejos Locales.** — La Ley dispone la creación de Consejos Locales, que administrarán el Servicio de Seguro Social, consejos que estarán compuestos en la siguiente forma: a) un representante del Presidente de la República; b) dos representantes patronales (designados por las instituciones patronales con personalidad jurídica de la región; c) dos representantes obreros, elegidos en votación directa por los miembros del Directorio de Sindicatos de la Región.

**Administración del Servicio Nacional de Salud.** — El Servicio Nacional de Salud, creado por esta Ley para la protección de la salud por medio de acciones sanitarias y de asistencia social, y atenciones médicas preventivas y curativas, estará administrado por un Consejo, compuesto de las siguientes personas: a) el Ministro de Salubridad que lo presidirá; b) el Director General de Salud; c) el Director General de Seguro Social; d) dos profesores de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Chile; e) dos representantes del Colegio Médico de Chile; f) dos representantes patronales; g) dos representantes obreros; h) el Director General de Previsión Social.

**Aumento de los beneficios previsionales.** — La Ley recién promulgada aumenta considerablemente los beneficios de la masa asegurada hasta ahora atendidos por la Caja de Seguro Obligatorio (Ley Nº 4.054).

Así, por ejemplo, por el subsidio de enfermedad, que actualmente es del 100 % del salario durante la primera semana; 50 % durante la segunda y 25 % durante la tercera y siguientes, pero sólo hasta completar 26 semanas, se aumenta ahora al promedio del jornal ganado durante los seis últimos meses, que el imponente sigue ganando hasta el término de la enfermedad, sin ningún límite.

El subsidio de maternidad, que es actualmente del 50 % del jornal y que se paga durante dos semanas antes y dos después del parto, se aumenta al promedio del jornal, y se paga durante las seis semanas anteriores y las seis semanas posteriores al nacimiento. A partir de la séptima semana se darán alimentos o un subsidio hasta el 25 % del jornal.

La pensión de invalidez actualmente se concede sólo a los inválidos absolutos y oscila entre el 50 y el 100 % del salario; ahora será;

Por 10 años de imposiciones 50 % del salario base. Por cada año sobre 10, un 1 % más.

O sea con 30 años tiene 70 % que es el máximo más una asignación de 10 % por cada hijo menor de 15 años o de 18 si sigue estudios con lo que puede completar el 100 % del salario medio de los últimos cinco años.

Se crea la indemnización para la invalidez relativa, ascendente a la mitad de la pensión de invalidez total, sin derecho a asignación por cargas de familia.

La pensión de vejez es en la actualidad extremadamente reducida, debido a que su monto no se encuentra determinado en la ley y es proporcional a los recursos que logren acumularse mediante la imposición de 2 % que realizan los obreros. Ahora será igual a la que corresponde en casos de invalidez absoluta.

Se obtendrá a los 65 años de edad, teniendo 15 años (800 se-

manas) de imposiciones los hombres y 10 años (500 semanas) las mujeres y que las imposiciones se hayan hecho durante un lapso no superior al doble del período a que ellos se refieren (densidad de imposiciones no inferior a 0,5 en el período de afiliación).

Se crean pensiones que actualmente no existen de orfandad (20 % salario medio de pensiones) y de viudedad (50 % de la pensión de invalidez absoluta durante un año, o vitalicia si la viuda tiene 65 años y se aumenta la cuota mortuoria a uno y medio mes el salario medio de pensiones).

**Beneficios especiales.** — En su art. 8º la Ley dispone que las imposiciones patronal y obrera de los asegurados que están haciendo el servicio militar obligatorio, o con sus deberes militares en tiempo de guerra serán de cargo del Estado.

El mismo artículo dispone que los asegurados que estén procesados o cumpliendo condena y que trabajen en los establecimientos carcelarios, deberán continuar imponiendo, ya sea como asegurados independientes o con aporte de la institución o persona para quien trabajaren.

El Art. 48 dispone la Continuidad de la Previsión, validando las imposiciones que hubiere efectuado cualquier asegurado que pasare a pertenecer a otro sistema de previsión, dando derecho a las pensiones de vejez, invalidez, viudez, y orfandad.

El Art. 50 dispone de la preferencia que dará la Caja de la Habitación, en la construcción y venta de habitaciones económicas a los asegurados a este régimen de previsión, conforme a las entradas dispuestas para éste, en la distribución de los ingresos, signados en el Art. 59.

También de estos ingresos se destinará una parte para préstamos de cesantía a los asegurados; préstamos para habitación de sus casas, y para locales del mismo Servicio.

**Financiamiento.** — Estos beneficios se financian aumentando al 10 % la imposición patronal; 5 % la imposición obrera y al 5,5 % el aporte estatal, que en la actualidad es de 2.90 %.

El aumento de las tasas se realizará en forma progresiva: hasta el 31 de diciembre de 1953 la tasa patronal es de 7 % y la del obrero del 3 %; hasta el 31 de diciembre de 1954, la patronal de 9 % y la obrera de 4 %. En consecuencia, las tasas íntegras regirán desde el 1º de enero de 1955.

Las personas que deseen mayor información acerca de la Ley Nº 10383 de Seguro Social Obligatorio, de Chile, pueden solicitar-nos las referencias que deseen al respecto.

---

**II REUNION ANUAL DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL EN ESPAÑA.** — Organizada por la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil tuvo lugar en Madrid, en el Instituto Nacional de Psicotecnica, la segunda reunión anual de la misma, que tuvo el mismo éxito científico y de organización que la primera, celebrada hace un año en la Casa del Médico de Barcelona, gracias al entusiasmo del Vicepresidente de dicha Sociedad y delegado madrileño a tal efecto Dr. C. Vázquez Velasco, quien encontró unánime colaboración en las personalidades más destacadas de la neuropsiquiatría y pediatría de la capital española.

Se leyeron y discutieron ampliamente las comunicaciones sobre el tema preferente de la Reunión, que se refería al trascendental problema de la asistencia al niño abandonado. Las brillantes exposiciones de los Dres. Alonso Muñoyerro, Vázquez Velasco, Jaso-Argote, Tello Margoli, Jerónimo de Moragas, Folch Camarasa, Julia Corominas y J. Alcamí, pusieron de relieve la importancia científica y social de las diversas facetas con que puede enfocarse el estudio de este grave problema muy precariamente resuelto en España y la mayoría de los países. El Dr. Bosch Marin, quien presidió la sesión, resumió acertadamente la magnitud del tema tratado, acordándose en la Sesión final de la Sociedad, elevar a la Superioridad el deseo de que se lleven a término en lo máximo posible las normas modernas de asistencia al niño abandonado, así como ofrecer la colaboración más entusiasta al proyectado Patronato Nacional de Asistencia a los niños psicópatas y oligofrénicos que deberá encauzarlos oficialmente.

En otras sesiones se leyeron y discutieron las comunicaciones sobre temas libres, con un total de quince. Los Dres. Lafora y Vázquez Velasco presentaron casos interesantes de trastornos post-encefalicos en el infante y el Dr. Solé Segarra, en la problemática diagnóstica entre encefalitis y esquizofrenia en la primera infancia. Julia Corominas y M. L. Herreros disertaron sobre cuestiones psicoanalíticas prácticas en la infancia. Sáenz de los Herreros habló de su "signo placentero del brazo" en el niño; Ibarrola sobre epilepsia infantil; Obrador y colaboradores sobre aspectos neuroquirúrgicos de las hidrocefalias; Gutiérrez Gómez acerca del diagnóstico y asistencia laborterápica en la oligofrenia y R. Bassols-Solé Segarra sobre el diagnóstico precoz de la esclerosis tuberosa.

Al final de las sesiones científicas tuvo lugar la Reunión general administrativa prevista en el programa.

---

**OFICINA INTERNACIONAL CATOLICA DE LA INFANCIA.** — París. Fundada en 1947, la Oficina Internacional Católica de la Infancia (B.I.C.E.) es un organismo técnico que tiene como fi-



nalidad el estudio de los problemas de la infancia en todos sus aspectos, con excepción sin embargo de los problemas específicamente escolares.

La B.I.C.E. publica una revista de información y documentación denominada: "L'Enfance dans le Monde".

Esta revista, que se presenta en la forma de cuadernos trimestrales, acaba de modificar su periodicidad y aparece todos los meses desde enero de 1953.

Cada número comprende un panorama del horizonte mundial de las actividades internacionales y nacionales en el dominio de la infancia (informaciones). Además ofrece a todos los que se interesen, fotocopias o microfilms que reproducen sus artículos o documentos analizados.

---

**V FESTIVAL DE CINE INFANTIL.** — Venecia. Once naciones participaron en el V Festival de Cine Infantil, que se inauguró el 11 del mes de agosto próximo pasado, en la Muestra del Cinema del Lido de Venecia.

Las naciones que participaron son: Canadá, Dinamarca, Gran Bretaña, Rusia, Suiza, Checoslovaquia, Polonia, Francia, Alemania, Estados Unidos de América e Italia. Presentaron al concurso 36 películas entre las cuales diez fueron de largo metraje. En seguida de terminada la guerra, la Muestra de Venecia dedicó su atención al cine infantil, comenzando primero por reservar una sección a películas para la infancia.

Luego, en 1949 se llegó al Primer Festival Internacional de Film para Niños. De año en año dicho festival ha crecido en importancia, tanto en Italia como en el exterior. En congresos nacionales e internacionales la Muestra de Venecia ha procurado desarrollar en diversas formas el Festival de Cine Infantil, utilizándolo como un medio de cultura, de educación y de moralidad de costumbres. Todo esto fué afirmando cada vez más la necesidad de una cinematografía especial para los niños y jóvenes, así como la conveniencia de encontrar la fórmula de películas sustancialmente recreativas que, sin perder su frescura juvenil, posean temas que diviertan e instruyan al mismo tiempo. Durante las reuniones y discusiones que tuvieron lugar en el IV Festival, realizado en el último año, se llegó a la definición del cine infantil; y sobre tales experiencias la Muestra creó este año una nueva clasificación para los films presentados. Se han formado dos grupos: el primero, destinado a películas de diversión para niños; y otro para films de carácter cultural e informativo, y para aquellos de carácter docente, cuya proyección podrá ser reservada para

un público especializado de educadores. Las categorías para los dos grupos fueron en conjunto cuatro: categoría A, para films recreativos destinados para niños de hasta 7 años; categoría B, para muchachos desde 8 a 11 años; categoría C, con películas para jóvenes de 12 a 15 años; categoría D, de films para público especializado.

Se dió un carácter didáctico a esta última categoría a la cual corresponden las películas que interesan como arte cinematográfico, como medio de enseñanza y aún como ayuda para los educadores mismos.

---





## Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.



# BOLETIN DEL Instituto Internacional Americano DE Protección a la Infancia

PUBLICACION TRIMESTRAL  
Avda. 18 de Julio N.º 1648 — Montevideo (Uruguay)

## PRECIO DE SUSCRIPCION

### *En el Uruguay*

Valor del tomo (4 números) . . . . .	\$	3.00
» » número suelto . . . . .	»	0.75

### *En los demás países*

Valor del tomo (4 números) . . . . .	dólares	2.00
» » número suelto . . . . .	»	0.50

## PRIX D'ABONNEMENT

### *A l'Uruguay*

Prix du volume (4 numéros) . . . . .	\$	3.00
» d'un numéro . . . . .	»	0.75

### *Dans les autres pays*

Prix du volume (4 numéros) . . . . .	dollars	2.00
» d'un numéro . . . . .	»	0.50

## SUBSCRIPTION PRICES

### *In Uruguay*

One volume (four numbers) . . . . .	\$	3.00
Single number . . . . .	»	0.75

### *In other countries*

One volume (four numbers) . . . . .	dollars	2.00
Single number . . . . .	»	0.50

## AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.  
LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.  
CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.  
GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.  
LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.  
LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.  
EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.